Bilan du Plan de consolidation 1999-2002

Une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

BILAN DU PLAN DE CONSOLIDATION 1999-2002 :

Une vision d'amélioration continue

pour un réseau tissé serré

11 DÉCEMBRE 2001

* Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Conception et mise en page
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Reproduction totale ou partielle autorisée, avec mention de la source.
Document disponible sur le site Web de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 4e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89340-062-0

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

EXTRAIT DE PROCÈS VERBAL

96e assemblée du conseil d'administration

Date : 11 décembre 2001

Article : CARR-96-04

Résolution : CARR-01-76

RÉSOLUTION relative à l'adoption du bilan du plan de consolidation 1999-2002

CONSIDÉRANT le Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue adopté le 21 avril 1999 ;

CONSIDÉRANT que la Régie régionale sera appelée à préparer un plan stratégique triennal d'organisation de services au cours de l'année 2002-2003, en conformité avec l'article 346.1 de la Loi ;

CONSIDÉRANT que dans cette perspective, il est pertinent de disposer d'un bilan de la planification stratégique triennale précédente que constitue le Plan de consolidation 1999-2002 ;

CONSIDÉRANT la volonté du conseil d'administration actuel de proposer lui-même un tel bilan, ayant été celui qui a procédé à l'adoption du Plan de consolidation 1999-2002 ;

CONSIDÉRANT le souci de centrer ce bilan sur l'appréciation de l'état d'implantation du Plan de consolidation 1999-2002 et sur les enjeux et défis de portée régionale qu'il importe de considérer en vue de la prochaine planification triennale ;

CONSIDÉRANT le souhait du conseil d'administration actuel de soumettre ce bilan à la réflexion du prochain conseil d'administration et des instances consultatives de la Régie régionale ainsi qu'à celle des principaux partenaires de la région ;

CONSIDÉRANT les constats, analyses et conclusions contenues dans le Bilan du Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue ;

IL EST RÉSOLU, sur proposition dûment appuyée :

1. D'adopter le document « Bilan du Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue ».
2. De signifier aux femmes et aux hommes administrateurs, gestionnaires, employés, professionnels et bénévoles du réseau de la santé et des services sociaux, de même qu'aux ministres, aux députés, aux partenaires intersectoriels et aux médias de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la grande appréciation et la reconnaissance de la Régie régionale pour les réalisations des trois dernières années en lien avec le Plan de consolidation 1999-2002, malgré les contraintes et les difficultés rencontrées.
3. D'inviter instamment les partenaires à garder le cap sur l'objectif d'un réseau de services de qualité, continus et accessibles dans toutes les parties du territoire, pour lequel les acteurs de la région ont fait preuve d'ouverture, d'innovation, de dynamisme et de rigueur depuis six ans et qui constitue, à ce jour, une réalisation distinctive de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 13 décembre 2001

Michèle Laroche,
Directrice générale

106-03752/

MISE EN GARDE AU LECTEUR

Les notions de région, de territoire et de réseau

Région :

Pour un très large éventail d'activités gouvernementales, économiques et sociales, la Mauricie et le Centre-du-Québec forment deux régions administratives distinctes.

Toutefois, lors de la création de ces deux régions, le gouvernement a statué que la Mauricie et le Centre-du-Québec continuaient de ne former qu'une seule et même région aux fins de la planification, de l'organisation et de la coordination des services de santé et des services sociaux. C'est à cette dernière définition que le lecteur doit se référer à chaque fois que les mentions « région », « région sociosanitaire » ou « la Mauricie et le Centre-du-Québec » figurent dans le texte qui suit.

Territoire :

Par ailleurs, à moins que le texte n'infère un sens différent, le terme « territoire » correspond au territoire desservi par un établissement à mission CLSC. Il y a onze établissements de ce genre dans la région et, par conséquent, on dénombre onze « territoires » ou « territoires de CLSC » en Mauricie et au Centre-du-Québec. À l'occasion, le terme « district sociosanitaire » est employé. Il est équivalent au terme « territoire », sauf dans la situation suivante : les *districts sociosanitaires* Mékinac et des Chenaux forment, les deux mis ensemble, le *territoire* desservi par le CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan.

Réseau :

Dans le texte qui suit, le réseau de la santé et des services sociaux ou, plus simplement « le réseau », réfère aux établissements publics et privés conventionnés, aux organismes communautaires reconnus comme étant du domaine de la santé et des services sociaux, aux ressources intermédiaires ou de type familial, aux entreprises ambulancières, à la Régie régionale et aux personnes qui œuvrent dans ces organismes. Sont aussi inclus les médecins travaillant en établissement et en cabinet privé.

PRÉAMBULE

En avril 1999, la Régie régionale adoptait le *Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue*.

Au sortir d'une transformation majeure qui avait eu cours depuis 1995, cet outil de planification stratégique visait à doter le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires en région d'un cadre de référence permettant de guider leurs actions, dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services et dans un esprit de consolidation.

L'objectif ultime : en faire un réseau tissé serré pour le bénéfice de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Par l'expression *réseau tissé serré*, on entend un réseau solide qui se concerte et dont les multiples composantes s'unissent pour réussir à offrir des services de qualité, continus et accessibles partout sur le territoire.

À quelques mois de la fin de cette période de trois ans, il apparaît opportun de dresser un bilan de l'état d'implantation du Plan de consolidation 1999-2002. Deux intentions sont derrière ce bilan et en justifient la publication à ce moment-ci.

La première intention est de permettre au conseil d'administration, qui a présidé à l'adoption du Plan de consolidation 1999-2002, de livrer l'évaluation qu'il fait de son déploiement. En effet, au terme de leurs mandats qui se terminent en décembre 2001, les administratrices et administrateurs de la Régie régionale désirent boucler la boucle, comme on dit couramment, en procédant à cette reddition de comptes aux partenaires régionaux et nationaux.

La seconde intention est de rendre disponible aux diverses instances qui prendront la relève dans la foulée de l'application de la loi 24 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, un intrant pertinent propre à alimenter leurs réflexions en vue de la prochaine planification stratégique régionale, prévue pour la période 2003-2006.

Ce bilan s'adresse donc en priorité aux prochains conseil d'administration, commissions régionales et forum de la population de la Régie régionale, de même qu'au ministre et aux acteurs que sont les établissements, les organismes communautaires, les professionnels de la santé, les entreprises ambulancières et les nombreux partenaires intersectoriels qui agissent en région pour le mieux-être de la population.

Nous osons croire que cet héritage leur sera utile et les aidera à faire les bons choix pour rapprocher un peu plus la région de l'idéal visé, c'est-à-dire d'un réseau de services de qualité, continus et accessibles. D'un réseau plus fort et mieux intégré. *D'un réseau tissé serré.*

TABLE DES MATIÈRES

EXTRAIT DE PROCÈS VERBAL III

MISE EN GARDE AU LECTEUR V

PRÉAMBULE VII

TABLE DES MATIÈRES IX

INTRODUCTION 15

CHAPITRE 1 17

L'ENVIRONNEMENT DE 1999 À 2001 17

LES ORIENTATIONS ET LES STRATÉGIES DU PLAN DE CONSOLIDATION 1999-2002 SONT-ELLES ENCORE D'ACTUALITÉ ? 17

INFLUENCE DES FACTEURS NATIONAUX 18

Deux changements de ministre, en 1999 et en 2001 18
La publication des rapports annuels 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001 du Vérificateur général du Québec 18
Le passage à l'an 2000 19
L'adoption de trois lois significatives, en 2000 et 2001 19
Un débat sur l'avenir et la gouverne du système de santé 19
La fragilité du réseau communautaire et les suites de la transformation 19

INFLUENCE DES FACTEURS RÉGIONAUX 20

Des problèmes d'équilibre budgétaire pour une majorité d'établissements 20
Des problèmes d'effectifs médicaux et de main-d'œuvre 20

CHAPITRE 2 21

LA PREMIÈRE ORIENTATION : *AGIR SUR LES CAUSES DES PROBLÈMES EN ACCENTUANT LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION* 21

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE 21

Le bien-fondé de l'orientation 21
Les facteurs ayant ralenti le déploiement de l'orientation 22

PRINCIPAUX CONSTATS 23

Une croissance insuffisante des investissements 23
Des développements et des réalisations intéressantes 24
Des stratégies en cours ou à entamer 26

UNE ORIENTATION À MAINTENIR ET DES DÉFIS ADDITIONNELS À RELEVER 26

CHAPITRE 3 29

LA DEUXIÈME ORIENTATION : *RENDRE ACCESSIBLES DANS CHAQUE TERRITOIRE TOUS LES SERVICES POSSIBLES* 29

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE 29

Le bien-fondé de l'orientation 29
Une adhésion régionale toute particulière 30

PRINCIPAUX CONSTATS 30

Une accessibilité accrue aux services 30
Une accessibilité accrue aux services mais insuffisante 30
Les faits saillants dans l'évolution des services accessibles au niveau local, de 1999 à 2001, selon les groupes d'âge de la population 31
Une stratégie en suspens 33
Des problèmes graves d'accès aux services médicaux généraux et spécialisés 34
Un secteur en effervescence : les ressources non institutionnelles 35
Les ressources résidentielles privées 35
Les organismes communautaires 36
L'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise 36

UNE ORIENTATION FONDAMENTALE À POUSSER PLUS LOIN 37

CHAPITRE 4 39

LA TROISIÈME ORIENTATION : *ASSURER L'ACCÈS RAPIDE ET ÉQUITABLE AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS* 39

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE 39

Le bien-fondé de l'orientation 39
Une adhésion inégale au départ 40
Des investissements importants et des rééquilibrages 40

PRINCIPAUX CONSTATS EN SANTÉ PHYSIQUE 40

Des améliorations à l'organisation des services 40
Des améliorations dans l'accès aux services hospitaliers 41
Des problèmes persistants d'accès aux services hospitaliers 41
Les urgences 43

PRINCIPAUX CONSTATS EN SANTÉ SOCIALE : ALCOOLISME ET TOXICOMANIE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, DÉFICIENCE PHYSIQUE, JEUNESSE ET SANTÉ MENTALE 44

Des services déconcentrés 44
De nouveaux services 44
Des problèmes d'accès aux services 44

AUTRES CONSTATS APPLICABLES AUX SERVICES SPÉCIALISÉS EN GÉNÉRAL 45

Les ententes formelles de services et le monitorage de résultats 45

UNE ORIENTATION ET DES STRATÉGIES À RECONDUIRE 45

CHAPITRE 5 ..... **47**

LA QUATRIÈME ORIENTATION : S'ASSURER QUE LES SERVICES SOIENT COORDONNÉS ET PERSONNALISÉS **47**

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE **47**

Le bien-fondé de l'orientation 47

PRINCIPAUX CONSTATS **48**

Une population qui s'exprime 48
Des réalisations intéressantes 48
L'adaptation des services aux réalités des femmes 49
La concertation territoriale et intersectorielle 49
La complémentarité entre les districts sociosanitaires de Trois-Rivières et de Cap-de-la-Madeleine 49
Le développement des compétences et mobilisation du personnel 50

UNE ORIENTATION À POURSUIVRE SANS RELÂCHE **50**

CHAPITRE 6 ..... **51**

LA CINQUIÈME ORIENTATION : *UTILISER LES RESSOURCES DE FAÇON EFFICACE ET EFFICIENTE* **51**

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE **51**

Le bien-fondé de l'orientation 51

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE **52**

PRINCIPAUX CONSTATS **52**

La quête de l'équité 52
La quête de l'équilibre budgétaire 53
L'évolution du budget régional 53
La modernisation des infrastructures administratives et de soutien 54
Des investissements significatifs dans les immobilisations 55
Des investissements significatifs dans les équipements 56
Les fusions d'établissements 56

UNE ORIENTATION INCONTOURNABLE ET DES STRATÉGIES À ADAPTER **56**

CHAPITRE 7 ..... **57**

LA SIXIÈME ORIENTATION : *MESURER L'EFFICIENCE, L'EFFICACITÉ ET LES EFFETS DES SERVICES* **57**

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE **57**

Le bien-fondé de l'orientation 57

PRINCIPAUX CONSTATS **57**

Une fonction de monitorage des résultats mieux intégrée au réseau 57

Des difficultés et des améliorations à apporter au monitorage des résultats 58
Une mise à jour continue de la connaissance des besoins de la population et de son état de santé et de bien-être 58
L'amélioration continue de la qualité des services : une stratégie qui a pris son envol 59

UNE ORIENTATION À CONSOLIDER ET DES DÉFIS ADDITIONNELS À RELEVER 60

LA SEPTIÈME ORIENTATION : *ADAPTER LA GESTION DES ORGANISATIONS EN MISANT SUR LA PARTICIPATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES PERSONNES* 61

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE 61

Le bien-fondé de l'orientation 61
Des éléments de contexte spécifiques à la question des ressources humaines 61

PRINCIPAUX CONSTATS 62

Des projets collectifs d'organisation et une utilisation optimale des compétences difficiles à jauger 62
De nombreuses réalisations régionales 63
Des liens entre le réseau et les milieux de l'enseignement 64

UNE ORIENTATION À REVOIR, DES STRATÉGIES À RESSERRER, DES DÉFIS À RELEVER 64

CHAPITRE 9 65

LA HUITIÈME ORIENTATION : *INFORMER ADÉQUATEMENT LA POPULATION SUR LES SERVICES DISPONIBLES* 65

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE 65

Une orientation... originale 65
Un contexte qui a fortement influencé son implantation 65

PRINCIPAUX CONSTATS 65

UNE ORIENTATION SENSÉE QUI MÉRITE DAVANTAGE D'ATTENTION 66

CONCLUSION 67

UN MOT D'APPRÉCIATION ET DE RECONNAISSANCE 71

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Évaluation de l'enveloppe régionale de 1995 à 2002 par programme 22

Tableau 2 Investissements de fonds régionaux et nationaux dans la modernisation des infrastructures administratives et de soutien 54

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 Variation de l'enveloppe régionale par programme 23

Graphique 2 Évolution des heures travaillées dans les CLSC 24

Graphique 3 Proportion du nombre de femmes pauvres et sous scolarisées rejointes par un programme de type Naître égaux/Grandir en santé 25

Graphique 4 Évolution du taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein 25

Graphique 5 Taux d'appel Info-santé traitées pour 1000 habitants 31

Graphique 6 Évolution des délais moyens d'attente des personnes admises en hébergement et soins de longue durée 32

Graphique 7 Pourcentage des services médicaux consommés en région par la population 33

Graphique 8 Évolution des durées moyennes d'attente pour l'obtention d'une chirurgie selon le type et la période 42

Graphique 9 Évolution des durées moyennes de séjour des patients sur civière à l'urgence 42

Graphique 10 Évolution de la proportion des séjours excessifs des patients sur civière à l'urgence 43

Graphique 11 Évolution des délais moyens d'attente pour l'obtention d'une évaluation en vertu de la Loi de la Protection de la jeunesse 45

Graphique 12 Évolution de la proportion des heures en assurance-salaire sur les heures travaillées 55

Graphique 13 Taux de satisfaction de la population et des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux selon la mission de l'établissement et les cliniques médicales 60

Graphique 14 Évolution du personnel en replacement 64

INTRODUCTION

Le bilan qui suit est principalement un bilan de type qualitatif, illustré d'indicateurs. Il se limite aux éléments jugés les plus essentiels et les plus utiles :

- pour apprécier l'état d'implantation du Plan de consolidation 1999-2002 et estimer jusqu'à quel point la région est en présence d'un réseau tissé *plus* serré;
- et pour mettre en évidence des enjeux et des défis qu'il importe de considérer en vue de la prochaine planification stratégique triennale, et qui sont à la portée des acteurs de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Afin que le bilan assure au lecteur une compréhension globale tout en demeurant un texte relativement court, un choix éditorial est fait : seules les huit orientations du Plan de consolidation 1999-2002 et les stratégies retenues en appui à chacune d'elles font l'objet d'un suivi.

A contrario, le bilan ne cherche pas à évaluer l'état d'implantation des dizaines, voire des centaines de mesures spécifiques contenues dans le Plan de consolidation 1999-2002 ou dans les nombreuses orientations nationales ou régionales qui ont été adoptées avant et après avril 1999.

Toujours pour faciliter la tâche du lecteur et pour éviter toute ambiguïté quant aux intentions de ce bilan, il vaut la peine de souligner que celui-ci ne prétend être :

- ni le portrait complet de l'ensemble des efforts et des actions de la Régie régionale, des établissements, des organismes communautaires et des autres acteurs du réseau ou encore des partenaires intersectoriels, de 1999 jusqu'à maintenant;
- ni le diagnostic de l'état de santé de la population ou du réseau régional à l'aube de l'an 2002;
- ni enfin, la version préliminaire d'un plan stratégique triennal 2003-2006, puisque le bilan se contentera de soulever les enjeux et les défis qui confrontent notre région, laissant au prochain conseil d'administration de la Régie régionale la latitude de choisir les orientations, les stratégies et les moyens qu'il jugera les plus appropriés.

Le bilan est divisé en dix chapitres.

Le premier vient camper dans quel environnement le Plan de consolidation 1999-2002 s'est déployé. Pour ce faire, il pose d'abord la question suivante : *Les orientations et les stratégies du* Plan de consolidation 1999-2002 *sont-elles encore d'actualité ?* Puis, il décrit les facteurs qui ont le plus affecté la réalisation du Plan de consolidation 1999-2002. D'ailleurs, il convient de noter que plusieurs de ces facteurs continueront d'influencer le réseau et la région au cours des prochaines années.

Les chapitres suivants abordent à tour de rôle les huit orientations du Plan de consolidation 1999-2002. Après un bref résumé de l'orientation et des stratégies sous-jacentes retenues en 1999, chaque chapitre met en évidence :

- des éléments additionnels de contexte spécifiques à l'orientation à l'étude;
- les principaux constats qui sont faits sur l'état d'implantation de l'orientation et des stratégies qui s'y rapportent;
- les principaux enjeux et défis qui, au sortir de cette période de trois ans, s'ajoutent à ceux implicitement suggérés par les constats mentionnés précédemment.

Le dixième et dernier chapitre est la conclusion du bilan. Dans un premier temps, il donne une appréciation globale du déploiement du Plan de consolidation 1999-2002. Puis, la conclusion :

- soulève quelques enjeux nationaux qui influenceront le réseau au cours des prochaines années;
- rappelle la capacité d'action caractéristique de la région et campe son principal défi d'avenir;
- pointe quelques enjeux auxquels la Régie régionale devra être sensible dans les choix qu'elle fera dans le futur;
- met en évidence quelques conditions nécessaires à l'exercice efficace du rôle de coordination que la Régie régionale doit assumer.

Le document se termine avec des remerciements qui s'imposent suite aux réalisations des dernières années.

CHAPITRE 1

L'ENVIRONNEMENT DE 1999 À 2001

Ce chapitre présente les éléments considérés parmi les plus significatifs pour cerner dans quel contexte s'est déployé le Plan de consolidation 1999-2002 depuis son adoption en avril 1999.

En effet, l'appréciation de l'implantation de quelque planification que ce soit ne peut se faire sans jeter un regard sur ce qui, dans l'environnement, a pu accélérer, ralentir ou dévier les orientations et stratégies initialement convenues. D'ailleurs, l'importance du contexte entourant la mise en œuvre du Plan de consolidation 1999-2002 était déjà pressentie dans le document adopté en avril 1999, puisqu'on peut y lire :

> « Bref, par l'ampleur et la portée de ses orientations et stratégies, le *Plan de consolidation 1999-2002* s'avère un projet ambitieux. Cela pose donc un réel défi quant à sa mise en œuvre, d'autant plus que d'autres facteurs doivent aussi être pris en considération. Ces facteurs sont :
>
> - *la volonté politique des acteurs concernés par la mise en œuvre du plan de consolidation;*
> - *la capacité des organisations et des individus à soutenir les changements;*
> - *la présence ou non de ressources additionnelles;*
> - *l'environnement fluctuant.* »
>
> (Plan de consolidation 1999-2002 *: une vision d'amélioration continue, page 97)*

Les facteurs jugés les plus significatifs ont été regroupés en deux ensembles, les facteurs nationaux et les facteurs régionaux ayant influencé le déploiement du Plan de consolidation 1999-2002 dans notre région.

Toutefois, avant de les présenter, une question est posée.

LES ORIENTATIONS ET LES STRATÉGIES DU PLAN DE CONSOLIDATION 1999-2002 SONT-ELLES ENCORE D'ACTUALITÉ ?

Lorsqu'il est adopté en avril 1999, le Plan de consolidation 1999-2002 est concordant avec toutes les orientations ministérielles alors en vigueur.

De plus, il reflète la réalité et les défis propres à la Mauricie et au Centre-du-Québec, puisque son adoption est l'aboutissement d'un long travail de collaboration avec le réseau. C'est d'ailleurs ce qui permet d'affirmer que le Plan de consolidation 1999-2002 constituait, lors de son adoption, un cadre d'action largement partagé par les acteurs de la région et que ceux-ci s'y reconnaissaient. Bref, c'est alors le plan de toute la région sociosanitaire.

Bien entendu, d'autres orientations ministérielles se sont ajoutées depuis, notamment dans les domaines suivants : la santé mentale, l'alcoolisme et les toxicomanies, les personnes âgées en perte d'autonomie, la déficience intellectuelle et les ressources intermédiaires.

De plus, les dernières années ont été marquées par la tenue de grands événements nationaux de type *forum* organisés par le Ministère et portant sur les thèmes suivants : les urgences, la jeunesse et la santé mentale.

Enfin, trois cadres de référence majeurs ont été rendus publics depuis avril 1999. Ce sont :

1. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 2000;

2. Le *Rapport et les recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux* intitulé *Les solutions émergentes*, décembre 2000;

3. Le *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, mars 2001.

Or, après examen de ces textes, il est possible d'affirmer sans hésitation que les orientations et la grande majorité des stratégies retenues dans le Plan de consolidation 1999-2002 sont toujours d'actualité et tout à fait convergentes avec ces récentes orientations ministérielles, avec les produits de ces forums nationaux et avec ces cadres de référence majeurs.

Il s'agit là d'une donnée très importante. Elle signifie que la région n'a pas erré dans ses choix en prônant, en avril 1999 :

- le renforcement de la prévention;
- l'accès local au plus grand nombre de services possible;
- l'accès équitable et rapide aux services spécialisés;
- la coordination et la personnalisation des services;
- l'utilisation efficace et efficiente des ressources;
- l'évaluation, la reddition de comptes et l'amélioration continue de la qualité des services;
- la participation et le développement des ressources humaines;
- et, enfin, l'information adéquate de la population.

Malgré cela, il ne faut pas cesser de s'interroger sur l'identification et la formulation des orientations à privilégier. Tout comme il faut adapter leur articulation en région à l'évolution des connaissances, des besoins de la population, des ressources disponibles et des dynamiques nationales, régionales et locales.

En ce sens, l'actuel bilan constitue un préalable à ces adaptations.

INFLUENCE DES FACTEURS NATIONAUX

Depuis avril 1999, une série d'événements ont influencé de façon significative le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et, par ricochet, l'implantation du Plan de consolidation 1999-2002 en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Aucun des plans stratégiques produits pour la période 1999-2002 par les régies régionales du Québec n'a reçu l'approbation officielle du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Cela signifie que ces plans stratégiques régionaux n'ont pas été utilisés comme cadres de référence pour alimenter la prise de décision au niveau national. Plus précisément et contrairement à ce qui s'est vécu de 1995 à 1999, il n'y a pas eu d'octroi de développements budgétaires par ministre pour lesquels celui-ci aurait demandé explicitement à la Régie régionale de procéder à leur répartition, sur la base des priorités du plan triennal qu'il aurait préalablement approuvé.

En fait, les allocations budgétaires du Ministère de 1999-2000 à 2001-2002 l'ont été sur la base du retour à l'équilibre budgétaire et de cibles précises décidées au niveau national.

Cela étant, le Plan de consolidation 1999-2002 a tout de même fait l'objet de commentaires fort positifs de la part de l'administration ministérielle. De plus, il a inspiré l'action des partenaires du réseau et a largement servi à la Régie régionale pour asseoir la cohérence de ses décisions en matière d'organisation des services, d'allocation de ressources et d'autorisation de projets d'immobilisation et d'équipement.

Enfin, une partie des allocations budgétaires ministérielles est allée dans le sens des priorités du Plan de consolidation 1999-2002.

Deux changements de ministre, en 1999 et en 2001

Qu'on le veuille ou non, ces changements, généralement accompagnés de mouvements au niveau de la direction et de l'organisation du Ministère, créent une période de flottement et des réalignements qui influent sur le processus de prise de décision et sur l'orientation du système de santé.

La publication des rapports annuels 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001 du Vérificateur général du Québec

Au cours des trois dernières années, le Vérificateur général du Québec a publié des rapports dont certains chapitres concernent directement le réseau de la santé et des services sociaux. Entre autres, il s'est prononcé sur :

- les laboratoires de biologie médicale;
- les services de base, volets « médical » et « réadaptation »;
- la gestion des immeubles dans le réseau;
- la gestion des répercussions sociales et économiques reliées aux jeux de hasard et d'argent;
- les subventions du gouvernement à des organismes sans but lucratif;

- l'éthique au sein de l'administration gouvernementale québécoise;
- les services d'imagerie médicale.

Ces rapports posent plusieurs exigences au gouvernement, au Ministère, aux régies régionales et aux établissements. Ils influencent aussi la production ultérieure d'orientations ministérielles. En ce sens, ils contribuent à l'encadrement général du système de santé et agissent sur son parcours.

Le passage à l'an 2000

Il ne se produira qu'une fois. Il a pourtant sollicité de façon importante les établissements et la Régie régionale, aussi bien en matière de vérification et de remplacement d'équipements informatiques et biomédicaux, qu'en matière de préparation à une intervention d'urgence en cas de sinistre provoqué par ce fameux passage au troisième millénaire.

L'adoption de trois lois significatives, en 2000 et 2001

Trois lois ont été adoptées qui ont eu et qui continueront d'avoir un impact très significatif sur le réseau de la santé et des services sociaux.

1. ***La Loi sur l'administration publique (2000)***

   Cette loi assujettit désormais le ministre de la Santé et des Services sociaux et son réseau à un certain nombre d'obligations, dont celles de rendre publique une déclaration sur ses objectifs quant au niveau et à la qualité de ses services, de déposer à l'Assemblée nationale une planification stratégique triennale et de rendre compte à l'Assemblée nationale de l'atteinte des résultats notamment par la production d'un rapport annuel de gestion.

   Cette loi introduit aussi le concept de convention de performance et d'imputabilité entre un ministère et une de ses unités administratives ou un des organismes relevant de sa responsabilité.

2. ***La Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (2000)***

   Cette loi impose un calendrier très précis pour la réalisation des opérations budgétaires et oblige chaque établissement à être en équilibre budgétaire ou, si ce n'est pas le cas, à prendre les mesures nécessaires pour le retrouver.

3. ***La loi 24 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux (2001)***

   Cette loi, adoptée en juin 2001, confirme une vision différente de l'exercice de la régionalisation dans le secteur de la santé et des services sociaux.

   Elle prévoit des changements substantiels à la gouverne du réseau, dont la composition des conseils d'administration, la formation d'instances consultatives régionales et la nomination par le gouvernement du président-directeur général de la Régie régionale.

   En outre, s'inspirant de la *Loi sur l'administration publique* (2000), elle introduit l'obligation d'une planification stratégique triennale d'organisation des services au niveau des régions et la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le ministre et la Régie régionale et entre la Régie régionale et chaque établissement public.

   Enfin, la loi introduit des balises en matière d'octroi des privilèges aux médecins par un établissement de même que des pouvoirs de surveillance et d'enquête qu'une régie régionale peut exercer auprès des établissements. Elle précise aussi les responsabilités du directeur national et des directeurs régionaux de santé publique.

Un débat sur l'avenir et la gouverne du système de santé

En juin 2000, était créée la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par M. Michel Clair. Celle-ci a déposé ses conclusions en décembre 2000 et le Ministre a fait connaître ses réactions en février 2001.

Ainsi, pendant une période de presque un an, le réseau s'est retrouvé en attente d'un positionnement gouvernemental sur plusieurs enjeux d'importance affectant l'organisation des services au Québec et en région.

La fragilité du réseau communautaire et les suites de la transformation

Le rythme et le niveau d'implantation du Plan de consolidation 1999-2002 ont aussi été significativement affectés par deux facteurs présents à travers le Québec, à savoir :

- la fragilité persistante de la très grande majorité des organismes communautaires occasionnée

essentiellement par des ressources financières insuffisantes;

- l'instabilité vécue dans plusieurs établissements au sein desquels les transformations décidées en 1996 étaient encore inachevées.

INFLUENCE DES FACTEURS RÉGIONAUX

Des problèmes d'équilibre budgétaire pour une majorité d'établissements

Beaucoup de temps et de ressources ont été consacrés au redressement de la situation de ces établissements et à la conclusion d'ententes de gestion entre la Régie régionale et le ministère de la Santé et des Services sociaux et entre la Régie régionale et les établissements en déficit.

Ces impératifs d'ordre budgétaire, auxquels pratiquement tous les établissements ont été confrontés, ont ralenti la réalisation de certaines stratégies du Plan de consolidation 1999-2002. Même, ils ont momentanément fragilisé quelques services existants dont ceux de promotion de la santé et de prévention des problèmes sociaux et de santé.

Des problèmes d'effectifs médicaux et de main-d'œuvre

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec continue de vivre une très importante pénurie de médecins généralistes et, dans plusieurs domaines, de médecins spécialistes. Par conséquent :

- l'accès aux services médicaux d'omnipratique et à certains services médicaux spécialisés s'est détérioré et demeure un problème majeur;

- l'accès à un médecin de famille est un problème vécu presque partout dans la région.

Ceci explique en bonne partie l'apparition de nombreuses situations de crise vécues depuis 1999 dont celle de la fermeture prolongée de l'urgence du site Sainte-Marie du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), celle de la fermeture pendant dix jours de l'urgence du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM) et celles vécues ou qui pourraient se vivre dans un avenir rapproché dans d'autres établissements de la région.

S'ajoutent la pénurie de main-d'œuvre constatée dans plusieurs autres professions ainsi que les problèmes découlant d'un fort taux de roulement du personnel clinique et d'encadrement, suite aux départs à la retraite et aux réorganisations administratives provoquées par la transformation du réseau de 1995 à 1999.

Ces problèmes de recrutement, de rétention et de répartition des effectifs médicaux, cumulés à ceux vécus dans d'autres professions, handicapent significativement le fonctionnement des établissements et, par conséquent, le déploiement de plusieurs des stratégies et mesures du Plan de consolidation 1999-2002.

C'est donc en gardant à l'esprit le contexte que nous venons de décrire qu'il est maintenant possible de procéder au bilan de l'implantation des huit orientations du Plan de consolidation 1999-2002 et des stratégies qui les supportent.

CHAPITRE 2

LA PREMIÈRE ORIENTATION : *AGIR SUR LES CAUSES DES PROBLÈMES EN ACCENTUANT LA PROMOTION ET LA PRÉVENTION*

Le Plan de consolidation 1999-2002 vient confirmer l'importance du virage promotion/prévention amorcé par le Plan de transformation de 1996. L'approche préconisée est d'accentuer l'action sur les causes des problèmes sociaux et de santé afin d'en éviter ou d'en retarder l'apparition.

Plus spécifiquement, six stratégies soutiennent la mise en œuvre de cette première orientation. Elles se résument ainsi :

- Consolider le financement en promotion et en prévention afin d'atteindre 70 $ per capita en 2005, ce qui serait une hausse de 16 M$ par rapport à 1998-1999; une cible d'accroissement de 8 M$ est proposée pour la période 1999-2002;
- Convenir des services de prévention à mettre en place dans chaque territoire de CLSC en définissant les planchers de services et les mécanismes de reddition de comptes qui s'y rapportent;
- Soutenir les changements de pratique des ressources humaines par le développement d'une compréhension commune des concepts de promotion et de prévention et par un soutien-conseil des partenaires, offert par la Régie régionale, sur les interventions jugées les plus efficaces ou les plus prometteuses et sur l'organisation des services;
- Promouvoir et donner la priorité aux actions et interventions jugées efficaces ou prometteuses, de même qu'à celles qui agissent sur plusieurs facteurs de risque à la santé;
- Exercer une vigilance sur la cohérence entre les actions locales, régionales et nationales, cette vigilance étant le fait de la Régie régionale;
- Promouvoir auprès du Ministère l'importance de la consolidation du financement des organismes communautaires actifs en promotion/prévention.

Ces stratégies sont assorties de nombreuses mesures spécifiques décrites dans le Plan de consolidation 1999-2002. Elles portent sur la lutte à la pauvreté, la mobilisation intersectorielle, le développement de milieux sains et sécuritaires, la protection de la santé de la population et sur des actions ciblées à l'intention des divers groupes d'âge de la population.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Le bien-fondé de cette première orientation a été confirmé, d'une part lors de la consultation régionale menée à l'automne 2000 pour le compte de Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et, d'autre part, par trois publications parues en 2000 et 2001.

1. Les quelque 200 citoyens et citoyennes qui ont participé aux cinq rencontres de consultation *grand public* de l'automne 2000 ont fortement insisté sur l'importance à accorder à la promotion de la santé et à la prévention des problèmes sociaux et de santé.

2. Le *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant*, de l'Organisation mondiale de la santé, considère que les systèmes de santé poursuivent trois objectifs fondamentaux dont celui d'améliorer la santé de la population. À ce titre, les activités de promotion de la santé et de prévention des problèmes sociaux et de santé sont vues comme étant essentielles.

3. La première recommandation du Rapport et des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux intitulé *Les solutions émergentes* est à l'effet « que la prévention constitue l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être ».

   Cette recommandation de la Commission est elle-même appuyée par huit propositions parmi lesquelles se retrouvent :

   - celle voulant que les directions de santé publique fassent connaître les pratiques efficaces de prévention et que celles-ci soient intégrées dans les pratiques cliniques des professionnels du réseau;
   - celles mettant de l'avant des priorités d'action en prévention pour les enfants et les

jeunes, pour les adultes, pour les personnes âgées et pour la population en général.

La première des cinq orientations et l'un des treize axes d'intervention du *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux* concernent la promotion et la prévention. L'orientation en question se formule ainsi : « Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs ». Pour sa part, l'axe d'intervention est centré sur le développement des activités de promotion, de prévention et de protection et leur intégration aux pratiques cliniques et dans les continuums de services.

Bref, retenons que la pertinence de la première orientation du Plan de consolidation 1999-2002 a été réitérée à plusieurs reprises depuis avril 1999.

Les facteurs ayant ralenti le déploiement de l'orientation

Entre 1999-2000 et 2001-2002, quelques facteurs ont contribué à ralentir la réalisation de l'orientation à l'étude et des six stratégies qui s'y rattachent. Les principaux furent les suivants :

- Les prises de position que nous venons tout juste d'évoquer n'ont pas suffi à convaincre les décideurs nationaux de traduire l'importance accordée à cette priorité en développements budgétaires. Il faut dire que, depuis 1999, l'objectif du retour à l'équilibre budgétaire a accaparé l'essentiel des ressources disponibles, si bien que les investissements ministériels ont rarement ciblé la prévention et la promotion comme telles.
- Cette quasi absence d'investissements ministériels en promotion et en prévention n'a pu être compensée par des investissements ciblés provenant de la région elle-même. D'une part, parce que la région s'est refusée à recourir encore à la stratégie de réallocation de ressources d'un établissement vers un autre, stratégie largement utilisée entre 1995 et 1999. D'ailleurs, le Plan de consolidation 1999-2002 campait, avec l'appui de tout le réseau, que cette approche avait atteint ses limites et qu'elle ne devait plus être employée à compter de 1999-2000, sauf exception. D'autre part, comme le lecteur le constatera au chapitre 6, la Régie régionale a plutôt choisi d'utiliser ses quelques marges de manœuvre pour renforcer certains programmes clientèles négligés par les investissements ministériels, dont ceux de la santé mentale et des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Au sein de plusieurs établissements, les impératifs d'équilibre budgétaire jumelés à la très forte demande de services curatifs, de réadaptation et de maintien des personnes dans leur milieu de vie ont momentanément fragilisé le volume de ressources dédiées à la promotion et la prévention.
- Enfin, dans le débat plus global de l'allocation des ressources financières, le discours dominant au Québec demeure celui de consolider les services curatifs, de réadaptation

Tableau 1

Évolution de l'enveloppe régionale de 1995-1996 à 2001-2002 par programme en $
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

	Situation			*Variation ($)*
	1995-1996	1998-1999	2001-2002	1998-1999 à 2001-2002
Prévention-promotion	10 194 762	19 395 682	21 663 679	2 267 997
Santé physique	256 936 311	217 310 469	274 481 022	57 170 553
Santé mentale	38 177 100	40 583 654	46 073 082	5 489 428
Enfance / jeunesse / famille	34 502 252	32 747 632	38 820 771	6 073 139
Personnes âgées en perte d'autonomie	163 294 229	153 497 944	188 619 224	35 121 280
Déficience physique	11 512 291	15 127 902	19 359 152	4 231 250
Déficience intellectuelle	31 463 049	29 482 017	32 387 739	2 905 722
Alcoolisme et toxicomanie	2 766 881	2 825 514	3 554 587	729 073
Secteur communautaire	9 215 693	13 478 957	18 758 880	5 279 923
Services préhospitaliers	11 752 965	12 179 265	14 380 621	2 201 356
Autres éléments	0	15 050 000	4 213 424	(10 836 576)
TOTAL	***569 815 533***	***551 679 036***	***662 312 181***	***110 633 145***

Source : Groupe Ressources réseau, années respectives
Note : Excluant l'Hôpital Saint-Julien

et de maintien dans le milieu afin de répondre à la demande sans cesse croissante. Ce discours est d'autant dominant qu'il s'appuie sur des problèmes d'accès aux services largement médiatisés. Il s'appuie aussi sur la perception, particulièrement présente chez plusieurs acteurs du réseau qui sont peu interpellés par les programmes de promotion et de prévention, à l'effet que l'efficacité des actions de prévention resterait à être démontrée.

PRINCIPAUX CONSTATS

Une croissance insuffisante des investissements

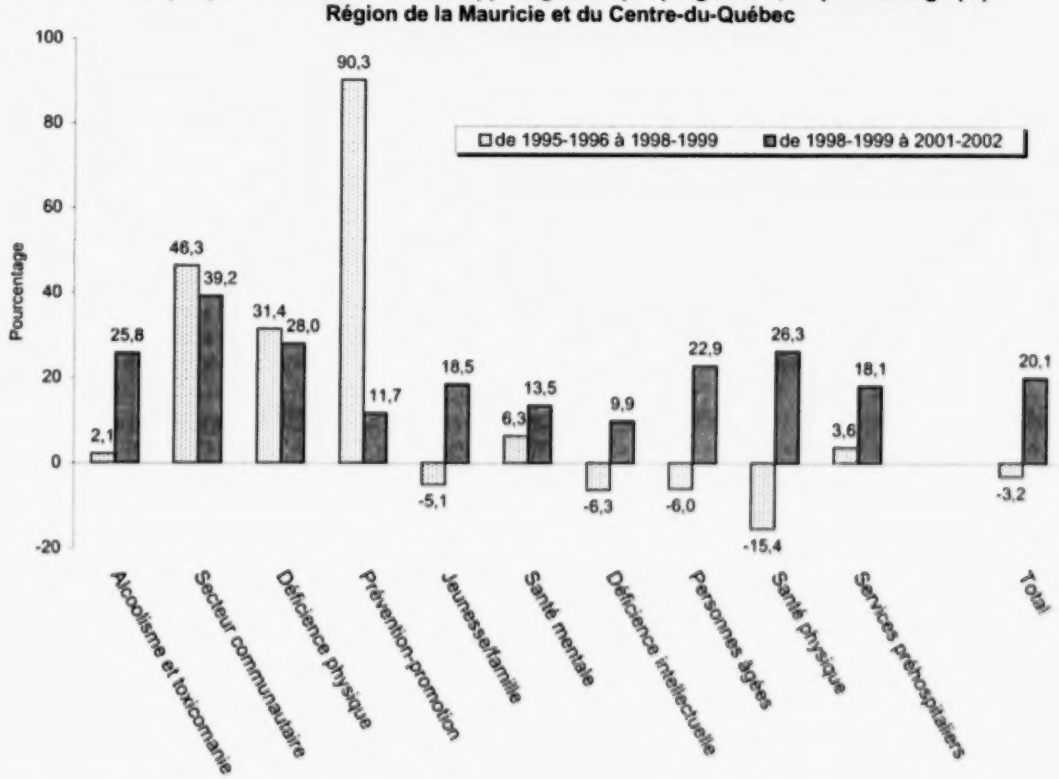
La croissance des ressources et des énergies consenties en région à la promotion et la prévention n'a pas été à la hauteur des cibles et des attentes. Il s'agit d'un résultat décevant qui s'explique largement par les raisons qui viennent d'être évoquées.

Comme le tableau 1 le démontre, l'enveloppe régionale dédiée à la promotion et à la prévention s'est accrue de 2,3 M$ de 1998-1999 à 2001-2002, après avoir connu une hausse de 9,2 M$ de 1995-1996 à 1998-1999 suite à d'importantes réallocations intrarégionales. Ces 2,3 M$ sont inférieurs à la cible de 8 M$ fixée dans le Plan de consolidation 1999-2002.

L'enveloppe régionale de 2001-2002 correspond à un investissement de 44,52 $ par habitant en comparaison d'un *per capita* de 38,50 $ en 1998-1999. L'écart demeure donc substantiel par rapport à la cible de 70 $.

De son côté, le graphique 1 met en évidence que la hausse de 2,3 M$ de l'enveloppe consacrée à la promotion et à la prévention équivaut à un taux de croissance de 11,7 %, alors que le taux de croissance moyen de toute l'enveloppe régionale pendant cette même période fut de 20,1 %. Par conséquent, le poids relatif de ce programme est

Graphique 1. Variation de l'enveloppe régionale par programme, en pourcentage (%)
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Note : Excluant l'Hôpital Saint-Julien

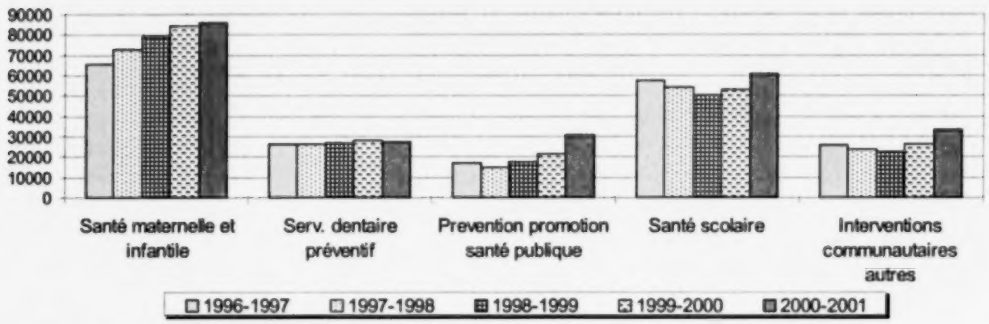
passé de 3,5 % en 1998-1999 à 3,3 % de l'enveloppe régionale totale en 2001-2002, soit 21,7 M$ sur 662,3 M$.

Le graphique 2 révèle que les heures travaillées dans les CLSC de la région dans certains centres d'activités en promotion et en prévention sont passées de 195 841 heures en 1998-1999 à 237 571 heures en 2000-2001, soit une hausse de 21,3 %.

Les centres d'activités en question sont la santé maternelle et infantile, les services dentaires préventifs, la prévention et la promotion en santé publique, la santé en milieu scolaire et l'intervention communautaire. On constate que les deux derniers centres d'activités ont connu un ralentissement momentané jusqu'en 1998-1999 avant de progresser de nouveau à partir de 1999-2000. D'autre part, la santé maternelle et infantile n'a cessé de croître au niveau des heures travaillées.

Pour véritablement jauger les efforts consentis à la promotion et à la prévention, il faut toutefois inclure ceux des organismes communautaires de la région. En effet, comme le reconnaît le Plan de consolidation 1999-2002, une partie significative de l'action de ces organismes est en lien avec la responsabilisation des personnes et des communautés ainsi qu'avec l'amélioration des conditions et des milieux de vie. Or, les données qui précèdent excluent le financement des organismes communautaires, puisque celui-ci se fait plutôt par l'entremise du programme de Soutien aux organismes communautaires (SOC) et qu'il est impossible d'y distinguer la part qui pourrait être attribuable au volet promotion-prévention. Tout de même, il est raisonnable d'affirmer que la croissance de 39,5 % de l'enveloppe dédiée aux organismes communautaires (cf. graphique 1) contribue à une hausse des efforts associés à la promotion et la prévention dans la région.

Graphique 2. Évolution des heures travaillées dans les CLSC dans certains centres d'activité reliés à la promotion et à la prévention, de 1996-1997 à 2000-2001
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Sources : 1996-1997 à 1999-2000 : Suivi des ententes de gestion
2000-2001 : AS-471

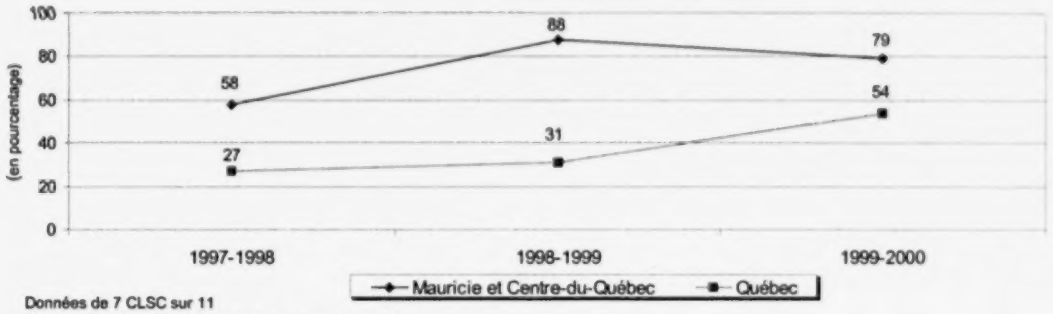
Des développements et des réalisations intéressantes

Malgré les constats faits du côté des engagements budgétaires, plusieurs réalisations intéressantes ont eu cours de 1999 à 2001. Parmi celles-ci, mentionnons :

➢ Le déploiement en cours et à parachever d'actions efficaces et prometteuses dans tous les territoires de CLSC de la région, particulièrement :

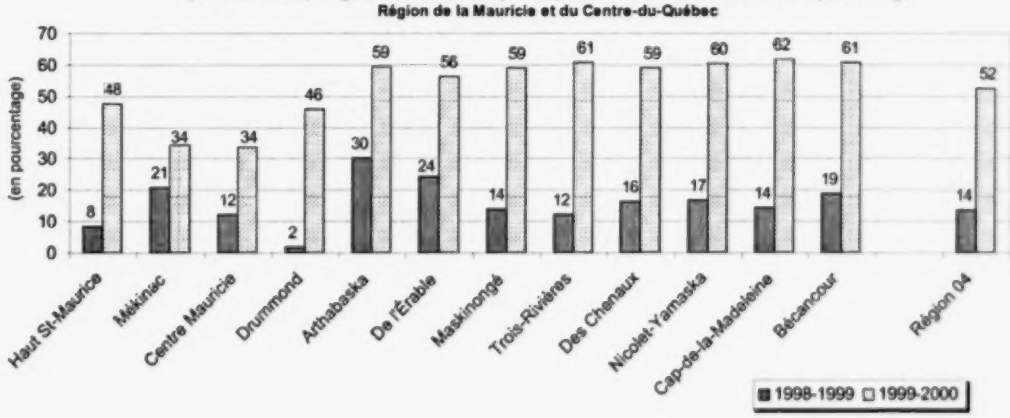
- Le Programme Naître égaux/grandir en santé;
- Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Le Programme québécois de lutte au cancer;
- Le Programme de lutte au tabagisme;
- Le protocole de dépistage systématique de la violence conjugale dans les CLSC;
- Le Programme de prévention des chutes et d'adaptations mineures du domicile, à l'intention des personnes âgées.

Graphique 3. Proportion en pourcentage du nombre de femmes pauvres et sous scolarisées rejointes par un programme de type Naître égaux/grandir en santé (NEGS)
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Québec



Données de 7 CLSC sur 11
Source : Bilan des priorités nationales de santé publique
Compilation : RR 04, GVQS, Christine Ross

Graphique 4. Évolution de 1998-1999 à 1999-2000 du taux de participation des femmes de 50-69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) selon le district sociosanitaire en pourcentage
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Source : Banque de données PQDCS, années respectives
Compilation : RR 04, infocentre

Les graphiques 3 et 4 ci-dessus donnent deux exemples de programme ayant connu un déploiement intéressant.

Le graphique 3 montre que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec connaît une performance nettement supérieure à l'ensemble du Québec pour ce qui est de rejoindre la clientèle visée par le programme Naître égaux/grandir en santé, avec un pourcentage de 79 % versus 54 % pour le Québec en 1999-2000.

Pour sa part, le graphique 4 met en lumière la progression de la participation des femmes de 50 à 69 ans de la région au Programme québécois de dépistage de cancer du sein, avec un taux moyen passant de 14 % en 1998-1999 à 52 % en 1999-2000. Ce dernier taux représente 13 336 femmes ayant participé au programme en 1999-2000, contre 3 492 en 1998-1999.

Il est intéressant de constater que, dans certains cas, l'augmentation de la pénétration des services de promotion et prévention a permis de dépister des besoins de services de nature curative et de réadaptation jusque-là inconnus,

comme par exemple le constat de retards de développement chez des enfants plus âgés rencontrés en même temps que la mère et le nourrisson, dans le cadre du programme Naître égaux/grandir en santé.

➢ L'intensification des actions conduites par les établissements, les organismes communautaires et les partenaires d'autres secteurs pour agir auprès des jeunes afin de prévenir ou de réduire diverses problématiques telles que le tabagisme, la violence dans les relations amoureuses, la détresse, les toxicomanies, les maladies transmises sexuellement (MTS) et la grossesse à l'adolescence.

➢ En matière de lutte à la pauvreté et de mobilisation intersectorielle, les réalisations suivantes au niveau régional :

- entente spécifique en matière de développement social en Mauricie;
- entente sur un cadre de référence en développement social au Centre-du-Québec;
- ententes spécifiques sur la prévention des abus sexuels chez les enfants dans le milieu du loisir et du sport, aussi bien au Centre-du-Québec qu'en Mauricie.

Des initiatives prometteuses ont aussi eu cours au niveau des territoires. Mentionnons, à titre d'exemples :

- la participation des CLSC aux comités territoriaux œuvrant au Centre-du-Québec sur des projets de transport collectif à l'intention des personnes âgées ou des personnes démunies vivant en zone rurale ou semi-rurale;
- les projets d'intervention multisectorielle de développement social tels que la revitalisation des premiers quartiers à Trois-Rivières ou l'action concertée de lutte à la pauvreté dans la MRC de l'Érable.

Des stratégies en cours ou à entamer

L'état d'avancement des autres stratégies mentionnées au début du chapitre est le suivant :

➢ La stratégie visant le développement d'une compréhension commune des concepts de promotion et de prévention se concrétisera en partie par la diffusion, au début de 2002, d'un cadre de référence produit par la Régie régionale et portant spécifiquement sur ce que peut être la contribution du réseau en matière de promotion et de prévention.

➢ La stratégie cherchant à convenir de la gamme de services de prévention à mettre en place dans chaque territoire de CLSC (définition du plancher de services et des mécanismes de reddition de comptes qui s'y rapportent) reste à faire. La révision prochaine de lois en santé publique et du Programme national de santé publique devrait aider à la réalisation de cette stratégie.

➢ La stratégie relative à la promotion auprès du Ministère de l'importance de la consolidation du financement des organismes communautaires actifs en promotion/prévention a eu des résultats mitigés lorsque l'on parcourt les facteurs ayant pu freiner le déploiement de l'orientation. Par contre, le financement global des organismes communautaires s'est accru malgré tout de près de 40 %, essentiellement par des investissements en provenance de la Régie régionale, un résultat intéressant.

➢ L'exercice de vigilance de la part de la Régie régionale en ce qui a trait à la cohérence des actions locales, régionales et nationales s'est concrétisé, notamment, par la participation de l'instance régionale aux comités de coordination nationaux en santé publique et par la mise en place de mécanismes de liaison entre la Régie régionale et l'ensemble des CLSC en matière de prévention.

UNE ORIENTATION À MAINTENIR ET DES DÉFIS ADDITIONNELS À RELEVER

Somme toute, on ne peut qu'être partiellement satisfait du chemin parcouru depuis 1999 en ce qui concerne la première orientation du Plan de consolidation 1999-2002 portant sur la promotion de la santé et la prévention des problèmes sociaux et de santé. Les réalisations ont été moins nombreuses, les stratégies moins développées que souhaitées.

Pourtant, des progrès significatifs ont, malgré tout, été accomplis pendant cette période, dans un contexte peu favorable. Ces progrès s'ajoutent à la reconfirmation de la pertinence de l'orientation, soulignée en début de chapitre.

Tout ceci devrait encourager le réseau et ses partenaires à poursuivre leurs efforts avec ténacité pour réaliser les stratégies annoncées en 1999 et pour relever les défis suivants qui s'ajoutent aux chantiers déjà entamés.

1. Compte tenu des ressources limitées, il est d'autant plus important d'être affirmatif dans les choix de priorités et de stratégies faits en région.

2. Les ambiguïtés, qui sont encore présentes sur ce que sont la prévention et la promotion dans les différents programmes clientèles, constituent un obstacle à lever.

3. Le partenariat au sein du réseau et avec les acteurs d'autres secteurs d'activité doit se maintenir, se développer. Il doit aussi s'étendre aux pharmaciens et aux médecins en cabinet privé, tout en étant conscient du poids que ces derniers portent du fait de la pénurie des effectifs médicaux. Le Département régional de médecine générale pourrait contribuer à explorer des avenues à ce sujet.

4. Les changements de pratique chez les intervenants et l'intégration de pratiques préventives requièrent du temps et un soutien constant qui doivent reposer, en plus des moyens énoncés dans le Plan de consolidation 1999-2002, sur la diffusion régulière d'information et la disponibilité de formations à l'intention de ces intervenants.

5. L'intégration de pratiques préventives aux pratiques cliniques peut aussi concerner, bien qu'à la marge, les médecins spécialistes et, dans cet esprit, les travaux que la Régie régionale mènera sur l'organisation régionale des services médicaux cliniques devraient prendre cette dimension en considération.

6. Les décideurs régionaux et surtout nationaux doivent jouer un rôle prédominant pour influencer les choix d'investissement en faveur de la promotion et de la prévention, de manière à contrebalancer la pression vécue par le réseau au niveau de la demande de services curatifs, de réadaptation et de maintien dans le milieu.

7. On l'a vu, le virage vers la promotion et la prévention se réalise dans un contexte difficile qui souvent menace la réalisation de cette orientation. Pour cette raison, il est d'autant plus important d'être attentif à ce qui se passe sur le terrain en matière de prévention afin de tenter de le préserver. C'est pourquoi la Régie régionale devrait convenir avec ses partenaires de la façon d'assurer un suivi particulier des dépenses et des services dans le domaine de la promotion et de la prévention.

Une réflexion sur la pertinence de protéger l'enveloppe budgétaire consacrée à la promotion et à la prévention mériterait aussi d'être menée.

CHAPITRE 3

LA DEUXIÈME ORIENTATION : *RENDRE ACCESSIBLES DANS CHAQUE TERRITOIRE TOUS LES SERVICES POSSIBLES*

Cette seconde orientation traduit la volonté de rendre les services accessibles localement, c'est-à-dire pouvant être disponibles et consommés dans chacun des territoires desservis par les onze CLSC de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Elle vise à assurer la plus grande autonomie de ces territoires dans la réponse aux besoins de leur population.

C'est une orientation clé contribuant à la constitution d'un réseau tissé serré. Et c'est aussi en bonne partie à travers cette orientation que se réfléchit et se concrétise la recherche de l'équité dans l'accès aux services en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Pour y parvenir, quatre stratégies sont mises de l'avant dans le Plan de consolidation 1999-2002. Elles se résument ainsi :

1. Développer une nouvelle logique en matière de responsabilité et d'organisation locale des services qui repose conjointement sur les établissements et les professionnels de pratique privée, dont les médecins.

2. Rendre les établissements locaux responsables de la consommation des services de leur population et revoir les stratégies de financement et de reddition de comptes en conséquence.

3. Assurer une cohérence et une comparabilité d'une partie importante du panier de services entre les territoires, en termes de diversité, d'accessibilité et d'intensité.

4. Étudier la contribution des ressources privées aux services à la population sous les angles de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des services; mettre en place des mécanismes visant à s'assurer de la qualité des services et des conditions de vie dans les ressources résidentielles privées.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Cette orientation, à la base des transformations effectuées dans notre région depuis 1995, est tout à fait dans le courant de pensée véhiculé par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Après des mois d'études et de consultation, la Commission d'étude, présidée par M. Michel Clair, en est venue à recommander que les services sociaux et médicaux de première ligne deviennent l'assise même du système de santé et de services sociaux au Québec. Or, les services de première ligne sont dispensés au niveau local. Cette position de la Commission va donc dans le même sens que le choix fait dans la région, bien que l'on doive constater que la Mauricie et le Centre-du-Québec va un peu plus loin en prônant un accès local à tous les services possibles, à l'exception de ceux qui doivent être concentrés pour des motifs de masse critique, de rareté de main-d'œuvre ou de recours à des technologies coûteuses.

Ces orientations de la Commission Clair et du Plan de consolidation 1999-2002 trouvent aussi leur écho dans le *Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* qui préconise la mise en place graduelle des groupes de médecine de famille (GMF), la consolidation de l'offre de services de base en CLSC et la mise en place d'un système de services préhospitaliers d'urgence.

Cela étant, non seulement cette seconde orientation du Plan de consolidation 1999-2002 est-elle convergente avec les grands courants de pensée actuels dans le domaine sociosanitaire québécois, mais elle concorde aussi avec la perspective de développement social et économique que prône aussi bien le Conseil régional de concertation et de développement du Centre-du-Québec (CRCDCQ) que le Conseil régional de développement de la Mauricie (CRDM).

En effet, ces deux acteurs régionaux de première importance réfléchissent et planifient leurs actions de développement et de concertation en fonction d'une unité territoriale de base qui est pratiquement la même que celle utilisée dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il s'agit du territoire de la Municipalité régionale de comté (MRC) qui, généralement, est le même que le territoire desservi par un CLSC. Or, on peut aisément

penser que l'accès local à tous les services possibles contribue, à sa façon, au développement des communautés locales que sont les MRC.

Une adhésion régionale toute particulière

Un élément de contexte propre à cette orientation est la forte adhésion que l'on perçoit de la part de la grande majorité des établissements de la région, ceux-ci demandant fréquemment à la Régie régionale d'en accélérer et d'en intensifier la mise en œuvre. Nul doute que cette adhésion contribue aux résultats plutôt satisfaisants constatés jusqu'à ce jour.

PRINCIPAUX CONSTATS

Une accessibilité accrue aux services

L'accessibilité aux services s'est accrue dans chaque territoire de la région depuis 1999, et ce, dans plusieurs domaines. Cet accroissement de l'accessibilité aux services s'est manifesté de trois façons :

1. Certains services existants ont été consolidés.

2. Les établissements à vocation régionale ont déconcentré plusieurs de leurs services dans les territoires.

3. De nouveaux services locaux ont été mis en place ou sont en train de l'être dans les territoires desservis par les onze CLSC.

Ces améliorations découlent pour l'essentiel de l'une ou l'autre des causes suivantes :

1. Une révision, par certains établissements, de leurs choix d'allocation de ressources ou de leurs modalités de prestation des services afin d'en améliorer l'efficience et l'accessibilité.

2. Une meilleure coordination dans l'accès aux services, notamment du côté des services d'hébergement et de soins de longue durée, qui a eu pour effet de réduire les délais et donc d'accroître l'accessibilité.

3. L'adoption par la Régie régionale entre 1999 et 2001 d'orientations régionales en santé mentale et en alcoolisme et toxicomanie, prévoyant à chaque fois la présence de services de base comparables d'un territoire à l'autre.

4. L'attribution par la Régie régionale de responsabilités claires à des établissements locaux en ce qui a trait notamment aux services de gériatrie ambulatoire, aux services de santé mentale, à l'intégration dans la communauté des résidents de l'Hôpital Saint-Julien et à la gestion des ressources non institutionnelles.

5. L'octroi de ressources budgétaires additionnelles en provenance du Ministère, particulièrement en milieu hospitalier, pour les services d'hébergement et de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, en alcoolisme et toxicomanie, en prévention du suicide, en déficience physique pour les troubles envahissants du développement, en santé mentale et pour les ressources intermédiaires.

6. L'octroi de ressources budgétaires additionnelles par la Régie régionale, qui a eu recours aux quelques marges de manœuvre dont elle disposait, surtout le *Fonds de soutien à l'innovation* créé en 1999, pour consolider ou développer des services. Ces choix se sont faits en cohérence avec les objectifs d'équité intrarégionale et d'accessibilité locale. Ce fut particulièrement le cas pour les services de maintien à domicile, pour les services en CHSLD, pour les services de santé mentale et en déficience physique, pour ceux en alcoolisme et toxicomanie et pour la consolidation des organismes communautaires et des ressources non institutionnelles de la région.

Les éléments précédents mettent en lumière que les secteurs de services autres que ceux mentionnés n'ont connu aucun ou très peu d'investissements budgétaires additionnels de 1999-2000 à 2001-2002, influençant de ce fait même le rythme de développement ou de consolidation de ces services.

Une accessibilité accrue aux services mais insuffisante

En effet, le constat précédent ne doit pas occulter le fait que :

➢ Ces améliorations et développements susmentionnés ne sont pas tous rendus au même niveau d'implantation partout dans la région, et ce, pour diverses raisons. Parmi celles-ci, il y a le fonctionnement de chaque établissement, les dynamiques de collaboration qui prévalent dans chaque territoire et le déploiement différent des services selon qu'il s'agit de milieu urbain ou de milieu rural.

- Cette accessibilité accrue demeure insuffisante pour répondre à la demande de services, en considérant non seulement les besoins des personnes qui vivent les problèmes, mais aussi les besoins de celles qui les supportent et que l'on nomme les *aidantes naturelles*. Ce constat d'un écart entre l'offre et la demande est valable tout autant pour les services aux jeunes et à leur famille que pour ceux aux adultes, à la population en général ou aux personnes âgées.

Les faits saillants dans l'évolution des services accessibles au niveau local, de 1999 à 2001, selon les groupes d'âge de la population

Les services à l'intention des enfants, des jeunes et de leur famille

En ce qui a trait aux services à l'intention des enfants, des jeunes et de leur famille, voici quelques faits saillants qui ont marqué la période allant d'avril 1999 à décembre 2001 :

- Le déploiement des services de prévention décrits au chapitre 2, tel le Programme Naître égaux/grandir en santé.
- La déconcentration géographique et l'accroissement des services aux enfants en besoin de protection, aux enfants dysphasiques, aux enfants atteints d'une déficience intellectuelle et aux jeunes toxicomanes.
- La réduction des listes d'attente en protection de la jeunesse, l'équilibre à ce chapitre demeurant toutefois fragile.

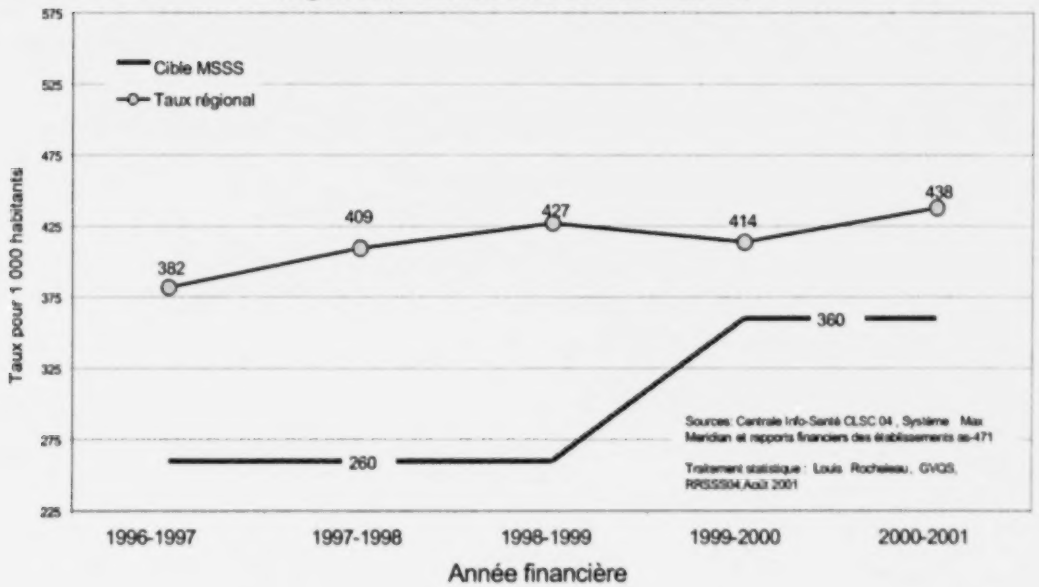
Les services à l'intention des adultes et de la population en général

Du côté des services à l'intention des adultes et de la population en général, signalons, parmi les faits saillants :

- Le déploiement des services de prévention décrits au chapitre 2, telle la consolidation des services d'orientation et de soutien pour la cessation tabagique.
- La consolidation du service Info-santé en CLSC. D'ailleurs, le graphique 5 met en relief le taux d'utilisation très élevé du service Info-santé par la population de la région, au-delà de la cible fixée par le Ministère.

Graphique 5. Taux d'appels Info-santé traités pour 1000 habitants selon l'année financière (Réponse locale et centralisée, période de référence : 01-04-1997 au 31-03-2001)

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



- L'implantation du service Info-social en CLSC.
- Pour les adultes présentant des troubles mentaux, l'implantation du modèle régional d'intervention en situation de crise, des services de suivi intensif en équipe, des équipes de base en CLSC, des services de soutien à l'accès au travail et au logement et la consolidation des

organismes de support pour les parents et les proches.

- La consolidation d'un réseau coordonné d'accès à des soins d'urgence 24/7, incluant des services diagnostiques de base, dans neuf des onze territoires de CLSC de la région.
- Le développement d'une centrale de traitement rapide et uniforme des appels de la population et des usagers en détresse cherchant à obtenir rapidement des services ambulanciers et préhospitaliers d'urgence; cette centrale couvre présentement 85 % de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- La consolidation des activités spécialisées en soins et soutien à domicile pour les personnes qui ont des maladies chroniques respiratoires ou cardiaques, pour les personnes diabétiques ou pour celles ayant des problèmes orthopédiques.
- L'autorisation donnée en 1999 par la Régie régionale aux CLSC de la région de gérer comme une seule enveloppe les budgets qui leur sont consentis pour les services de soutien à domicile à l'intention des personnes handicapées, des personnes âgées en perte d'autonomie ou d'autres personnes en besoin. Cette autorisation leur a été accordée pour les aider à faire face à la pression de la demande découlant particulièrement de l'absence, depuis plusieurs années, d'investissements en maintien à domicile à l'intention des personnes handicapées.
- L'absence de ressources d'aide pour les femmes victimes d'agression sexuelle sur certains territoires et le manque d'accessibilité à des services externes pour les femmes victimes de violence conjugale.

Les services aux personnes âgées et à leurs proches

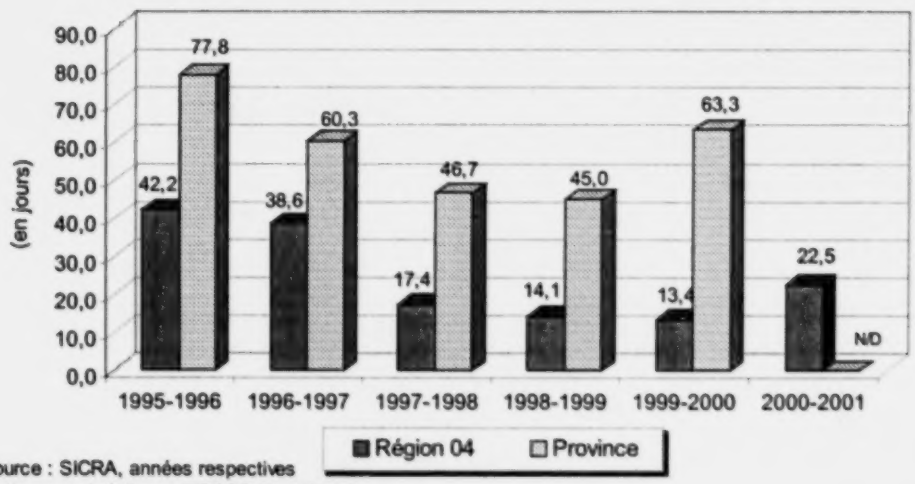
Du côté des services aux personnes âgées et à leurs proches, les principaux faits saillants d'avril 1999 à décembre 2001 sont :

- La croissance importante des budgets alloués et, par conséquent, du volume de services de soutien à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches.

  Ainsi, l'enveloppe régionale dédiée spécifiquement aux mesures de répit dépannage, aux services à domicile, à l'hébergement temporaire, aux services de centre de jour et aux services de gériatrie ambulatoire est passée de 26,3 M$ à 37,5 M$ par année de 1998-1999 à 2001-2002. Cette hausse correspond à un taux de croissance de 42,5 %, soit plus du double du taux de croissance de l'enveloppe budgétaire totale de la région qui fut de 20,1 % pendant la même période (cf. graphique 1).

  Malgré cela, il est évident que les services offerts présentement ne suffisent pas à répondre à la demande.

Graphique 6. Évolution des délais moyens d'attente (en jours) des personnes admises en hébergement et soins de longue durée selon l'année
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Québec



Source : SICRA, années respectives
Traitement statistique : RRSSS-04, Infocentre

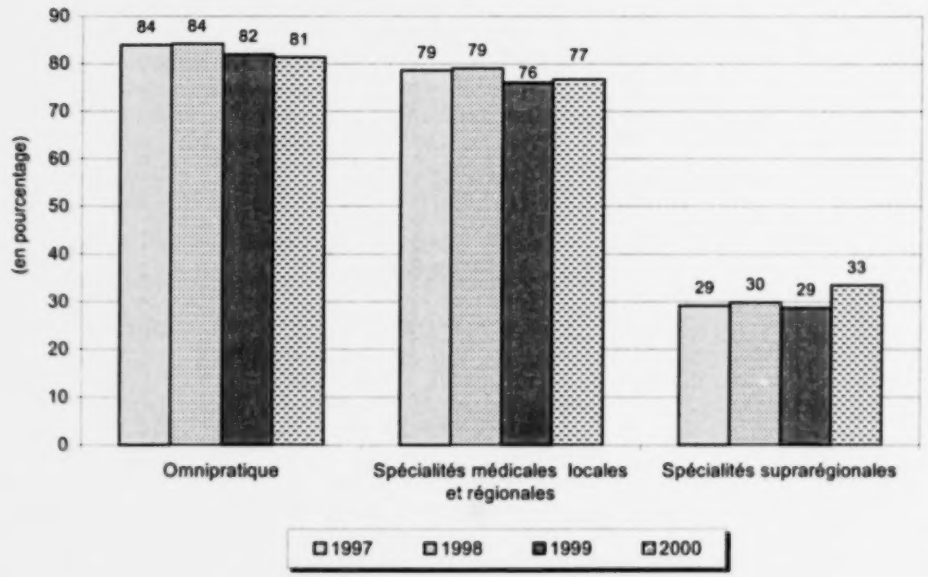
- Le démarrage et la consolidation de douze entreprises d'économie sociale offrant des services d'aide domestique. Celles-ci ont dispensé 397 997 heures de services en 2000-2001, une progression de 27 % par rapport à 1999-2000. Cela représente une moyenne de 33 000 heures par entreprise.
- L'accès rapide à l'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Le graphique 6 de la page précédente nous indique en effet une baisse notable des délais moyens d'attente pour une admission en centre d'hébergement et de soins de longue durée au cours des cinq dernières années. De 42,2 jours qu'il était en 1995-1996, le délai moyen d'attente est passé à 13,4 jours en 1999-2000. De plus, comme on le remarque, ces délais sont de loin inférieurs à ce que l'on observe au plan québécois. Néanmoins, cette performance semble vouloir plafonner et demeure fragile. En effet, l'année 2000-2001 a été marquée par une remontée du nombre moyen de jours d'attente à 22,5 jours.
- Enfin, un problème d'équité et de cohérence émerge dans la région depuis quelque temps. Il provient des différences grandissantes que l'on constate entre les territoires en ce qui a trait à la gamme de services à domicile disponibles et aux critères d'accès à ceux-ci, et ce, pour des clientèles comparables. De plus, on note l'apparition d'une tarification différente des services, ce qui contribue aussi à la problématique.

Une stratégie en suspens

La stratégie visant à rendre les établissements responsables de la consommation des services de leur population, peu importe le lieu de cette consommation, et la révision en conséquence des stratégies de financement et de reddition de comptes ne s'est pas concrétisée. C'est le cas aussi d'une autre stratégie qui est complémentaire à celle-ci et qui est associée à la cinquième orientation du Plan de consolidation 1999-2002, soit l'identification d'une enveloppe budgétaire pour les services de base territoriaux par programme clientèle.

Dans un cas comme dans l'autre, le contexte décrit au chapitre 1 du bilan explique ce résultat. Par contre, depuis 2000-2001, le Ministère a entrepris des travaux sur le plan national portant sur la budgétisation des services locaux. Les résultats de ces travaux sont à venir.

Graphique 7. Pourcentage des services médicaux consommés en région par la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec par rapport à sa consommation totale de 1997 à 2000



Des problèmes graves d'accès aux services médicaux généraux et spécialisés

Bien que la présente orientation se concentre sur l'accès local aux services, l'ensemble de la problématique du recrutement, de la rétention et de la répartition des médecins généralistes et spécialistes sera traitée à ce stade-ci du bilan, de façon à éviter des répétitions inutiles lors de l'analyse des orientations subséquentes.

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec subit une importante pénurie de médecins généralistes et, dans plusieurs domaines, de médecins spécialistes.

Le graphique 7 de la page précédente présente la proportion des services médicaux consommés par la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui ont été dispensés par des médecins de la région.

Par exemple, au cours de l'année 2000, les médecins omnipraticiens de la région ont dispensé 81 % de tous les services médicaux généraux qui ont été consommés par la population de la région. C'est donc dire qu'à l'inverse, 19 % des services de médecine générale consommés par la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec l'ont été auprès de médecins d'autres régions du Québec, que ce soit de la Montérégie, de l'Estrie, de Québec, de Montréal ou d'ailleurs. Cette contribution des médecins de la région à un niveau de 81 % est l'un des taux les plus bas au Québec. Tout aussi inquiétant est le constat que ce taux tend à diminuer depuis 1998.

Une autre donnée va dans le même sens que la précédente. La région a vu le nombre de ses médecins omnipraticiens passer de 410 à 398 de 1996 à 2001, soit une perte de 2,9 %. On comptait, en 1999, 0,82 médecin omnipraticien par 1000 habitants alors que la moyenne québécoise s'établissait à 0,97. Le ratio de la région équivaut alors à 84,5 % du ratio moyen du Québec.

Ces observations corroborent le fait que la Mauricie et le Centre-du-Québec vivent une importante pénurie de médecins généralistes. Il n'est donc pas étonnant que de nombreux citoyens aient de la difficulté à se trouver un médecin de famille. Cette situation fragilise les services offerts en établissement, dont les urgences, et a des répercussions importantes sur l'accès local à une foule de services préventifs et curatifs, de réadaptation et de maintien dans le milieu de vie. Cette problématique peut avoir parfois des répercussions importantes sur la santé des personnes les moins mobiles de notre société, comme les personnes en perte d'autonomie et les personnes économiquement défavorisées.

Du côté des médecins spécialistes, la situation est particulièrement préoccupante dans les spécialités médicales que sont l'anesthésie, la cardiologie, la psychiatrie, la chirurgie générale et orthopédique, l'ophtalmologie, la pneumologie, la neurologie et la radiologie. Cette situation affecte non seulement l'accès même aux services spécialisés par la population, mais aussi le soutien des spécialistes aux médecins et professionnels pratiquant en première ligne. Comme nous pourrons le constater à la lecture du chapitre 4, les listes et temps d'attente demeurent importants dans plusieurs spécialités.

Les nombreux départs à la retraite, une répartition inégale des effectifs entre les établissements et les régions, la difficulté de recrutement, la concurrence féroce des régions dites universitaires, l'absence de mécanismes efficaces de répartition des médecins au sein des régions et entre elles ont tous contribué à maintenir et à accentuer le manque de médecins en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Pendant ce temps, les établissements, la Régie régionale et les partenaires d'autres secteurs n'ont pas ménagé leurs efforts pour trouver des solutions durables ou pour atténuer le plus possible les impacts de cette problématique. On réfère ici à des gestes tels :

- Les innombrables démarches de recrutement conduites par les établissements, par les médecins eux-mêmes, par certaines communautés locales et par la Régie régionale pour attirer de nouveaux médecins.
- La sensibilisation des partenaires socio-économiques au phénomène, ce qui a engendré des prises de position officielles de la part du CRDM et du CRCDCQ adressées au ministre de la Santé et des Services sociaux de même que la production d'outils informatiques de soutien au recrutement, en collaboration avec le CRDM.
- La révision des activités médicales particulières que doivent accomplir les médecins qui ont moins de dix années de pratique, en donnant la priorité aux services médicaux jugés essentiels dans les établissements.
- L'obtention de dix médecins boursiers et hors Québec pour combler des postes dans la région.

- L'utilisation du système de médecins visiteurs et dépanneurs du Ministère pour pallier aux situations les plus à risque, lorsqu'aucune autre solution n'était trouvée.
- La mise à la disposition progressive d'outils informatiques à l'intention des médecins afin de faciliter leur travail.
- L'autorisation par le ministre, en juillet 2001, du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) de soins spécialisés 2001-2003, plan qui donne aux établissements de la région le droit de recruter 49 médecins spécialistes, en plus des 276 déjà reconnus comme actifs en 2001.

Par ailleurs, d'autres avenues émergent du côté des médecins omnipraticiens qui pourraient, espérons-le, aider à minimiser les impacts négatifs de cette pénurie :

- La récente implantation du Département régional de médecine générale (DRMG) de la Régie régionale et son implication, entre autres, dans la mise sur pied de huit comités médicaux territoriaux. La création en 2001-2002 et 2002-2003 de ces comités, regroupant tous les médecins omnipraticiens œuvrant dans un territoire donné, vise une meilleure coordination de leurs activités professionnelles et une plus grande implication de leur part à l'organisation locale des services. Les territoires en question peuvent regrouper plus d'un territoire de CLSC.
- La présentation de trois projets de Groupe de médecine de famille au Ministère dont deux ont été acceptés, celui des Bois-Francs et celui de Saint-Léonard d'Aston.
- La révision amorcée en 2001-2002 du Plan régional des effectifs médicaux (PREM) de soins généraux.

Pour clore cette brève analyse de la situation, signalons que l'adoption en juin 2001 de la *loi 24 modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux* devrait permettre une connaissance de la situation entourant la gestion et le respect des PREM, puisqu'elle accorde un droit de regard aux régies régionales sur l'octroi des privilèges aux médecins par les conseils d'administration des établissements.

Un secteur en effervescence : les ressources non institutionnelles

La région compte 740 ressources non institutionnelles reconnues par la Régie régionale. Il s'agit de ressources de type familial et de ressources intermédiaires qui offrent principalement des services d'hébergement à des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre d'un contrat les liant à un établissement gestionnaire. Les années 1999 à 2001 ont été marquées par les phénomènes et événements suivants :

- Le réseau recourt davantage aux ressources non institutionnelles, dans le souci d'offrir aux personnes en perte d'autonomie un éventail diversifié de lieux d'hébergement adaptés à leurs besoins. D'ailleurs, toutes proportions gardées, notre région est celle qui compte le plus grand nombre de places en ressources non institutionnelles au Québec.
- Suite à la révision en 1999-2000 de l'organisation régionale de la gestion des ressources non institutionnelles, la région compte désormais quatorze établissements gestionnaires, soit au moins un par territoire auxquels s'ajoutent des établissements à vocation régionale. Cette révision visait essentiellement à rendre l'organisation locale des services plus autonome dans chacun des territoires de CLSC, en cohérence avec la présente orientation.
- Le Ministère a adopté, au printemps 2001, un nouveau cadre de référence régissant les ressources non institutionnelles. Ce cadre était accompagné d'un décret balisant la signature de nouveaux contrats entre les établissements et ces ressources. Cependant, avant la signature de ces contrats, toutes les personnes hébergées doivent être réévaluées et, s'il le faut, être relocalisées en fonction de leurs besoins. Pour leur part, les ressources seront aussi catégorisées et leur rétribution sera revue à l'aide de nouvelles grilles.

Cet exercice débute en 2001-2002 et se poursuivra au cours des prochaines années. Cette opération comporte de nombreux enjeux d'importance dont la gestion adéquate de la transition pour les personnes hébergées, l'équité dans les décisions prises à l'égard des ressources, la gestion des impacts financiers et, dans certains cas, des répercussions sur les immobilisations.

Voilà pourquoi ce secteur est considéré en effervescence.

Les ressources résidentielles privées

Il n'y a pas que le secteur public qui s'adapte à l'évolution démographique et aux besoins des personnes âgées. Voilà plusieurs années que les

ressources résidentielles privées se sont développées en conséquence.

La plupart des stratégies du Plan de consolidation 1999-2002 qui concernaient ces ressources se sont concrétisées, particulièrement en ce qui a trait aux préoccupations d'accessibilité, de qualité et de continuité des services aux personnes vivant dans ces ressources. C'est ainsi qu'il y a eu :

- L'élaboration et la diffusion par la Régie régionale des orientations venant encadrer l'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes vivant dans de telles résidences, ces services étant pour la plupart offerts par les CLSC.
- La participation de la Régie régionale au déploiement régional du Programme Roses d'or visant l'appréciation des ressources résidentielles privées pour personnes âgées et l'amélioration de leurs services.
- L'implantation expérimentale, pour une période de 12 à 18 mois à compter d'octobre 2001, d'une procédure de signalement et de traitement des plaintes enregistrées à la Régie régionale concernant les ressources résidentielles privées.

Les organismes communautaires

Bien que les stratégies relatives à la présente orientation ne touchent pas directement les organismes communautaires, le Plan de consolidation 1999-2002 prévoyait des mesures spécifiques à l'égard de ces acteurs importants, agissant pour la plupart au niveau local. Il convient d'en rendre compte.

Les résultats qui apparaissent ci-après sont généralement le fruit d'une démarche de travail conjointe de la Régie régionale avec les organismes communautaires concernés, habituellement représentés par la Table régionale des organismes communautaires (TROC) de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

1. *Revoir le processus et les critères d'accréditation des organismes communautaires.* La Régie régionale adoptait en novembre 2000 une nouvelle politique de reconnaissance des organismes communautaires. En date du 31 mars 2001, 240 organismes étaient reconnus dans la région comme étant du domaine de la santé et des services sociaux.

2. *Revoir le processus actuel de reddition de comptes des organismes communautaires subventionnés.* Cette mesure n'a pas été réalisée.

3. *Définir les règles de développement et de financement des organismes qui offrent des services d'hébergement.* Les travaux sur ce cadre ont débuté en 2000 et n'ont pas encore connu leur conclusion.

4. *Développer un cadre d'interaction régional entre les organismes communautaires et les établissements du réseau.* Cette mesure n'a pas été réalisée.

5. *Convenir d'un cadre régional de financement des organismes communautaires.* Le conseil d'administration de la Régie régionale adoptait un tel cadre en juin 2001.

6. *Rehausser, de 1999 à 2002, le financement des organismes communautaires, en fonction des budgets supplémentaires disponibles en provenance du Ministère et de la flexibilité dont la Régie régionale disposera pour procéder à l'allocation de ces crédits supplémentaires.* L'enveloppe régionale consacrée au financement des organismes communautaires est passée de 13,5 M$ en 1998-1999 à 18,8 M$ en 2001-2002 (cf. tableau 1), soit une augmentation de 39 %. Il s'agit d'une hausse deux fois supérieure à la croissance de l'enveloppe budgétaire régionale pendant la même période, qui s'est établie à 20,1 % (cf. graphique 1). La plus grande partie de cette hausse de 5,3 M$ provient de fonds régionaux et non pas de crédits en provenance du Ministère. Il subsiste tout de même un écart de 17,9 M$ entre l'enveloppe régionale consacrée au financement des organismes communautaires et leurs besoins estimés à l'aide du cadre régional de financement adopté en juin 2001.

L'accès aux services pour les personnes d'expression anglaise

Le Plan de consolidation 1999-2002 préconisait cinq mesures dans la foulée de l'adoption, en 1998-1999, d'une politique régionale visant à favoriser l'accessibilité aux services en langue anglaise.

1. Tel que prévu, l'application de la politique régionale a fait l'objet d'un suivi auprès des établissements de la région au cours de l'année 1999-2000. La politique était appliquée dans tous les établissements de la région avec, notamment, plus de 400 employés acceptant volontairement un déplacement temporaire pour

dispenser des services en langue anglaise ou pour servir d'interprète.

2. Aucune entente avec une autre régie régionale n'a été conclue pour assurer l'accès en langue anglaise à des services spécialisés non disponibles dans la région.

3. L'année 2001-2002 est consacrée à la préparation d'un plan de communication à l'intention de la communauté anglophone. Ce plan comprendra de l'information sur les modalités de la politique régionale, de sorte à en renforcer la connaissance, en sus des dépliants et feuillets d'information déjà diffusés en 1999 et 2000.

4. Une évaluation du degré de satisfaction de la clientèle d'expression anglaise suite aux services reçus a été faite en 1999. Cependant, l'échantillon était trop petit pour en tirer des conclusions. Il est possible que cette évaluation soit reprise en 2002-2003.

5. Les budgets destinés aux services en langue anglaise demeurent centralisés à la Régie régionale, conformément à ce que prévoit le Plan de consolidation 1999-2002.

UNE ORIENTATION FONDAMENTALE À POUSSER PLUS LOIN

Cette orientation, visant la consolidation des services locaux, constitue, avec l'orientation 1 sur l'accentuation des services de prévention, l'orientation 3 sur l'accès rapide aux services spécialisés et l'orientation 4 sur la coordination et la personnalisation des services, l'assise du système de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec, qui cherche à devenir un réseau tissé serré. C'est une orientation fondamentale, en ligne directe avec ce que préconisent les courants de pensée actuels, car c'est elle qui contribue le plus au maintien du tissu social et de la vivacité des communautés qui forment notre région. C'est aussi par cette orientation qu'il est possible de véritablement réduire la pression qui se porte actuellement sur les services spécialisés et qui entraîne tout le système de santé dans une spirale budgétaire inflationniste, hors de contrôle des citoyens et de leur gouvernement.

Quant aux résultats obtenus dans notre région face au défi de rendre accessibles dans chaque territoire le plus de services possible, ils sont jusqu'à maintenant fort satisfaisants parce que tout le réseau y a cru et y a contribué.

Cependant là où le bât blesse, c'est au niveau de l'accès aux services médicaux, pour les raisons que l'on sait. C'est aussi au niveau des écarts qui subsistent entre les territoires en termes de ressources allouées aux services et en termes de comparabilité des services, par rapport à l'accessibilité, à l'intensité et à la gratuité. C'est, enfin, du côté de la capacité à répondre à l'ensemble des besoins exprimés par les usagers et les personnes qui les supportent, car l'écart demeure significatif entre l'offre et la demande.

Pour le reste, l'analyse faite dans la section « principaux constats » donne une bonne indication des défis à relever au cours des prochaines années.

CHAPITRE 4

LA TROISIÈME ORIENTATION : *ASSURER L'ACCÈS RAPIDE ET ÉQUITABLE AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET SURSPÉCIALISÉS*

Cette orientation vise à offrir des services spécialisés et surspécialisés dans une proportion qui correspond davantage aux besoins exprimés. Elle vise aussi à assurer l'autonomie de la région. Ces services doivent être accessibles dans les territoires ou le plus près possible de ceux-ci, en complément aux services de base.

Les cinq stratégies mises de l'avant dans le Plan de consolidation 1999-2002 pour atteindre cette orientation se résument ainsi :

1. Réduire ou éliminer les listes ou les temps d'attente pour ces services spécialisés;

2. Les quatre centres hospitaliers de la région, le Carrefour de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice et les médecins qui y travaillent ont la responsabilité conjointe de répondre aux besoins de toute la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec en matière de services spécialisés de santé physique et de santé mentale. Ils sont conjointement imputables de la rétention globale de la population de la région et de la desserte adéquate et comparable de la population demeurant dans chacun des bassins naturels d'attraction en tenant compte du maintien de certains services spécialisés dans des établissements multivocationnels.

3. Rendre les établissements à vocation régionale, c'est-à-dire les Centres jeunesse, le Centre de services en déficience intellectuelle, le Centre de réadaptation InterVal, Domrémy et le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (pour le volet de la santé mentale), responsables de dispenser leurs services dans toute la région et de rendre leurs services accessibles le plus possible dans les territoires, et ce, de façon équitable.

4. Rendre les établissements responsables d'établir des ententes de services formelles entre eux pour l'accès aux services régionaux. Convenir de corridors de services avec les régions universitaires pour les services surspécialisés. Responsabilité de la Régie régionale d'assurer le monitorage des ententes, d'approuver les mécanismes d'accès et de veiller aux ententes interrégionales.

5. Convenir de normes et d'indicateurs entre la Régie régionale et les établissements afin de monitorer l'accès rapide et équitable aux services.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Cette orientation visant l'accès rapide et équitable aux services spécialisés a été confirmée en 2000 et 2001 par les publications de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et par le Ministère.

Dans son rapport émis en 2000, l'OMS campe trois grands objectifs à tout système de santé :

1. *La santé* : améliorer la santé et le bien-être et réduire les écarts de santé.

2. *L'équité du financement* : assurer une protection équitable contre les coûts de la mauvaise santé.

3. *La réactivité* : répondre aux attentes légitimes des individus et des groupes, sans discrimination; cette réponse s'exprime par le respect des personnes et de leur droit à la dignité, à la confidentialité et à l'information ainsi que par l'attention portée aux personnes, notamment par la rapidité de la prise en charge, par des délais d'attente raisonnables, par la qualité de l'environnement et par la possibilité de choisir son prestataire de services.

Or, c'est particulièrement à l'atteinte des premier et troisième objectifs qu'un accès rapide et équitable aux services spécialisés contribue.

Les solutions émergentes publiées en décembre 2000 par la Commission présidée par M. Michel Clair font aussi des services spécialisés un objet de préoccupation, de recommandation et de proposition. La Commission recommande que les services spécialisés médicaux et hospitaliers de deuxième et de troisième lignes soient consolidés, entre autres, à partir de la hiérarchisation des services médicaux et de la réorganisation des urgences. D'autre part, certaines propositions ont

trait aux réseaux intégrés de services pour des clientèles spécifiques, propositions dont nous *traiterons au prochain chapitre.*

Quelques mois plus tard, le Ministère a repris quelques-unes de ces propositions dans son Plan stratégique 2001-2004, en mettant de l'avant les objectifs suivants : atteindre une performance maximale des urgences, procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers et confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse.

En résumé, avec sa volonté d'assurer un accès rapide et équitable aux services spécialisés, la troisième orientation du Plan de consolidation 1999-2002 s'inscrit dans le courant des préoccupations et propositions de l'OMS, de la Commission Clair et du Ministère.

Une adhésion inégale au départ

Au départ, les centres hospitaliers de la région ont manifesté une adhésion inégale et mitigée au concept de responsabilité et d'imputabilité conjointe à l'égard de la desserte de toute la population de la région. La conjoncture difficile du retour à l'équilibre budgétaire ainsi que des éléments tels le départ à la retraite de nombreux médecins et l'instabilité suivant les fusions de 1996 et 1997 expliquent en bonne partie cette réserve initiale.

Pourtant, quelques dossiers ont remis en évidence la nécessité de concevoir différemment le projet hospitalier de la région. On réfère ici :

- aux problèmes persistants vécus, par manque de médecins, du côté de l'accès aux services d'urgence et aux services spécialisés de même qu'aux nombreuses difficultés de référence qui se vivent aussi bien entre centres hospitaliers qu'entre ceux-ci et les établissements multivocationnels de la région.
- à l'expérience de déconcentration des services de dialyse à Drummondville et à Victoriaville qui démontre l'intérêt de concevoir l'organisation des services médicaux et hospitaliers par spécialité.

Pour ce qui est des quatre établissements à vocation régionale que sont les Centres jeunesse, le Centre de services en déficience intellectuelle, le Centre de réadaptation InterVal et Domrémy, il y a eu dès le début une assez bonne adhésion à cette orientation et aux stratégies sous-jacentes.

Des investissements importants et des rééquilibrages

La période a été marquée par une augmentation significative des crédits confiés par le Ministère à la région aux fins de budgétisation des centres hospitaliers et des Centres jeunesse. Ces crédits ont été calculés de sorte à ramener ces établissements en équilibre budgétaire. Par surcroît, le Ministère a octroyé des ressources financières à la région pour développer certains secteurs précis de services spécialisés tels que l'orthopédie et l'ophtalmologie. Cela explique largement la croissance de 57,2 M$, ou 26,3 %, qu'a connue l'enveloppe budgétaire dédiée au programme de santé physique de 1998-1999 à 2001-2002, comme en font foi le tableau 1 et le graphique 1 introduits au chapitre 2.

Pour sa part, lors de la répartition de ces crédits, la Régie régionale a utilisé les marges de manœuvre budgétaires dont elle disposait, dont le *Fonds de soutien à l'innovation* créé en avril 1999, pour soutenir des établissements non ciblés par le Ministère et pour veiller à maintenir un certain équilibre entre les divers programmes clientèles, dont ceux de la déficience physique, de l'alcoolisme et toxicomanie, de la santé mentale et des personnes âgées en perte d'autonomie.

PRINCIPAUX CONSTATS EN SANTÉ PHYSIQUE

Des améliorations à l'organisation des services

Les trois dernières années ont été caractérisées par des travaux régionaux et territoriaux importants impliquant les centres hospitaliers et les établissements multivocationnels de la région. Ces travaux ont eu pour résultats de :

- ➢ Dégager des orientations régionales relatives aux services spécialisés ambulatoires, suivies d'un démarrage de ces services dans pratiquement tous les territoires de la région. Selon la concertation vécue entre le CH et le CLSC de l'endroit, ces services ambulatoires se concentrent sur l'un ou l'autre des problèmes suivants : les problèmes orthopédiques, les problèmes d'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives, les problèmes d'asthme ou de diabète.
- ➢ Débuter l'implantation dans les établissements de la région, avec la collaboration des médecins, d'une approche de *suivi systématique de la clientèle* (SSC) ayant pour but d'établir des protocoles cliniques uniformes selon la maladie et le traitement du patient.

- Désigner les établissements pour les fins du réseau régional en traumatologie et en neurotraumatologie.
- Rendre opérationnel le protocole de prise en charge et de transfert par les services ambulanciers des usagers ayant des traumatismes majeurs.
- Accréditer des établissements pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
- Réorganiser l'ensemble des services de laboratoire afin d'augmenter la productivité des services diagnostiques, de diminuer les listes d'attente et de fournir aux médecins un accès plus rapide aux résultats, grâce à l'informatisation des laboratoires et des communications.
- Analyser les équipements et l'organisation des services d'imagerie médicale de la région avec une visée, comme pour les services de laboratoire, de services intégrés régionalement.
- Entamer une révision de l'organisation des thérapies parentérales ambulatoires. Ce programme ambulatoire vise à offrir aux personnes répondant à des critères cliniques précis un traitement dans leur milieu de vie plutôt qu'en contexte hospitalier, qu'il s'agisse d'antibiotiques, d'analgésiques et d'anticoagulants. Ce programme est implanté dans la plupart des territoires de la région.

Des améliorations dans l'accès aux services hospitaliers

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a amélioré de façon significative l'accès à certains services spécialisés et surspécialisés par l'ajout de nouveaux services et par la déconcentration de services existants. À titre d'exemple :

- La mise en service du centre de radiothérapie au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) qui, en 2000-2001, a traité 798 personnes atteintes du cancer dont des personnes provenant d'autres régions du Québec.
- La mise en opération des services de résonance magnétique au CHRTR.
- La mise en opération des services de tomographie axiale dans le Haut Saint-Maurice.
- La déconcentration récente des services de dialyse à Drummondville et à Victoriaville.

Des problèmes persistants d'accès aux services hospitaliers

Partiellement à cause des difficultés de recrutement, de rétention et de répartition des médecins évoquées dans le chapitre précédent, la région continue de vivre de très sérieux problèmes d'accès aux services médicaux spécialisés, particulièrement en anesthésie, en cardiologie, en chirurgie générale et orthopédique, en ophtalmologie, en pneumologie, en neurologie et en radiologie. En voici quelques illustrations :

1. Les temps d'attente demeurent importants pour plusieurs spécialités médicales, tel que le démontre le graphique 8 ci-après. Dans ce graphique, on constate que les durées moyennes d'attente pour une chirurgie de la cataracte ou pour la pose d'une prothèse du genou ou de la hanche, oscillaient de 2,5 mois à 3,7 mois en mars 2000.

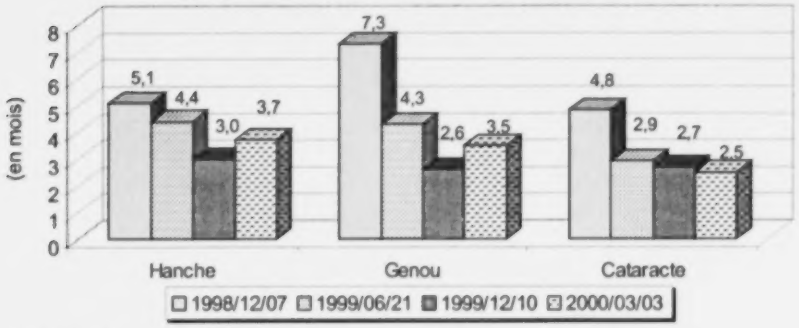
   Toujours pour ces trois domaines, le nombre de personnes en attente d'une chirurgie au 31 mars 2001 s'élevait à 468 pour une chirurgie de la cataracte, à 87 pour une prothèse de la hanche et à 124 pour une prothèse du genou. Ces chiffres sont élevés. Pourtant, ils ne doivent pas occulter les efforts importants faits par les centres hospitaliers et les médecins spécialistes de la région qui ont pratiqué, de 1997-1998 à 1999-2000, pas moins de 9 200 chirurgies de la cataracte, 320 poses d'une prothèse de la hanche et 625 poses d'une prothèse du genou.

   Et, bien que ce soit là une mince consolation, il vaut la peine de souligner que les durées moyennes d'attentes pour la région sont inférieures à celles constatées pour l'ensemble du Québec, et ce, malgré nos problèmes d'effectifs médicaux. Ainsi, le délai moyen d'attente constaté au Québec, en mars 2000, était de 4,8 mois pour une chirurgie de la hanche, de 5,8 mois pour une chirurgie du genou et de 4,3 mois pour une chirurgie de la cataracte. Enfin, en date du 31 mars 2001, on comptait 621 personnes en attente d'une résonance magnétique, pour un délai moyen d'attente de 9,5 mois.

   La présentation de toutes ces statistiques incite toutefois à une mise en garde. Il y est question de *délais moyens*, étant entendu que les cas les plus urgents sont traités beaucoup plus rapidement.

2. Toutes spécialités médicales locales et régionales confondues, la contribution des

Graphique 8. Évolution des durées moyennes d'attente pour l'obtention d'une chirurgie selon le type et la période (en mois)
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

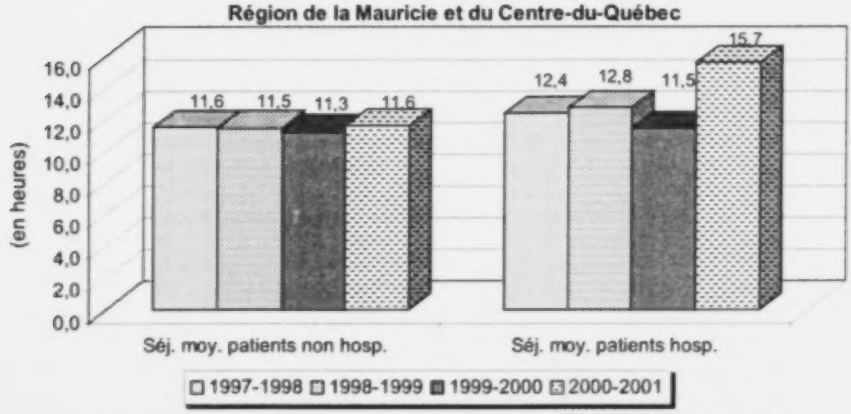


Source : Suivi des ententes de gestion, 1999-2000
Compilation : RRSSS-04, Infocentre

médecins spécialistes de la région à la prestation des services consommés par la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec correspond en 2000 à 77 % du total des services consommés par cette population. C'est ce que démontre le graphique 7 introduit au chapitre 3. Ce pourcentage, en baisse depuis 1999, cache cependant des taux plus bas pour les spécialités mentionnées précédemment.

3. Les difficultés reliées aux effectifs médicaux ont aussi des répercussions négatives, rappelons-le, sur les liens professionnels de soutien et de référence, souvent appelés corridors de services, entre les services spécialisés des centres hospitaliers et les services médicaux de base présents dans chaque territoire. En effet, les médecins spécialistes ont une disponibilité moindre pour exercer ce rôle.

Graphique 9. Évolution des durées moyennes de séjour des patients sur civière à l'urgence de 1997-1998 à 2000-2001 (en heures)
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Source : Registre des patients sur civière à l'urgence, années respectives
Compilation : RRSSS-04, Infocentre

Normes provinciales
Séj. moy. patients non hosp. = 8 hres
Séj. moy. patients hosp. = 12 hres

Les urgences

Les urgences des centres hospitaliers et des établissements multivocationnels constituent un autre objet de préoccupation particulière en lien avec l'orientation d'accès rapide aux services spécialisés. Le bilan des trois dernières années se caractérise par les éléments suivants :

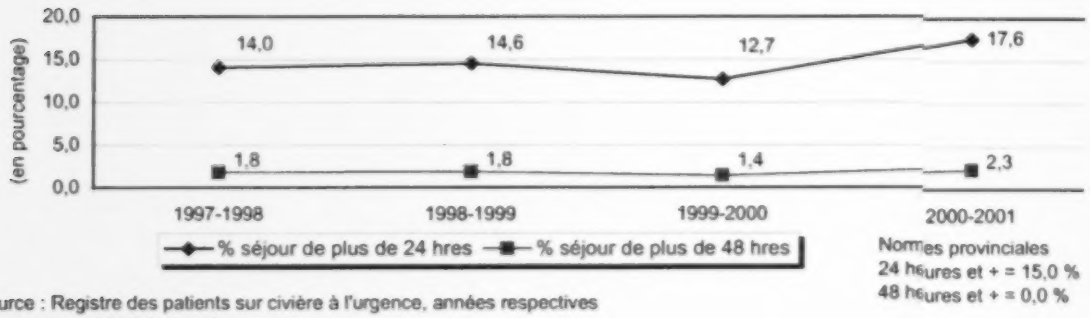
- La région a connu des fermetures temporaires d'urgence, la plus importante ayant été celle d'une durée de dix jours au CHCM à l'été 2000.
- En outre, on constate que les urgences des centres hospitaliers vivent des périodes de fort achalandage pour des périodes de plus en plus longues, parfois en dehors même de la traditionnelle période hivernale.
- Le graphique 9 met en lumière que le nombre moyen d'heures de séjour d'un patient sur une civière à l'urgence fut de 11,6 heures pendant l'année 2000-2001 lorsqu'il s'agissait d'un patient qui n'était pas hospitalisé par la suite. Pour ceux qui ensuite furent hospitalisés, la durée de séjour sur une civière à l'urgence fut en moyenne de 15,6 heures en 2000-2001, en croissance par rapport à 1999-2000. Les normes ministérielles sont d'au plus 8 et 12 heures, respectivement.

Pour ce qui est des séjours excessifs de plus de 48 heures sur une civière à l'urgence, il y en a eu dans 2,3 % des cas en 2000-2001, la norme nationale étant de 0 %. Pour se donner une idée des nombres en cause, rappelons simplement que 51 200 patients se sont retrouvés sur civière à l'urgence dans l'un ou l'autre des établissements de la région au cours de l'année 2000-2001.

- Toutes aussi préoccupantes que soient ces statistiques, il faut quand même reconnaître que la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec contrôle relativement bien la situation du débordement de ses urgences, en tout cas beaucoup mieux que sur l'Île de Montréal ou dans quelques autres régions du Québec où, pourtant, les effectifs médicaux sont toutes proportions gardées plus nombreux. Cela est principalement dû à l'organisation du travail au sein des urgences et aux faibles délais d'attente pour l'obtention d'une place en hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

Cela tient aussi à l'efficacité des plans de contingence mis en place par la Régie régionale, les centres hospitaliers et les établissements multivocationnels afin de partager l'achalandage entre les urgences des établissements, aussi bien pendant les périodes de pointe que lors de fermeture d'urgence. Dans de telles opérations, les transporteurs ambulanciers, le service Info-santé, les services à domicile des CLSC et les CHSLD sont aussi mis à contribution.

Graphique 10. Évolution de la proportion des séjours excessifs des patients sur civière à l'urgence de 1997-1998 à 2000-2001 (en pourcentage)
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Source : Registre des patients sur civière à l'urgence, années respectives
Compilation : RRSSS-04, Infocentre

Le graphique 10 aborde la situation sous un autre angle. Le pourcentage des patients qui ont séjourné sur une civière dans une urgence de la région pour une durée supérieure à 24 heures a été de 17,5 % en 2000-2001, alors que la norme provinciale fixe ce pourcentage à au plus 15 %.

PRINCIPAUX CONSTATS EN SANTÉ SOCIALE : ALCOOLISME ET TOXICOMANIE, DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, DÉFICIENCE PHYSIQUE, JEUNESSE ET SANTÉ MENTALE

Des services déconcentrés

L'orientation précédente sur l'accès local aux services a mis en évidence qu'une des causes de l'amélioration de cet accès fut sans aucun doute la déconcentration de certains services spécialisés, effectuée par les établissements à vocation régionale. Rappelons les principaux services qui, depuis 1999, ont ainsi été déconcentrés :

§ les services aux enfants en besoin de protection, par les Centres Jeunesse;

§ les services aux enfants dysphasiques, par le Centre de réadaptation InterVal;

§ les services aux enfants atteints d'une déficience intellectuelle, par le CSDI;

§ les services aux toxicomanes, par Domrémy;

§ le service d'aide visuelle aux adultes à Victoriaville, dans le cadre du programme régional de déficience visuelle du Centre InterVal;

§ les services de suivi intensif en équipe pour les adultes présentant des troubles mentaux, par le CHCM.

De nouveaux services

Par ailleurs, la période a aussi été caractérisée par le développement de nouveaux services spécialisés, dont :

➢ Le démarrage d'un organisme régional visant la réadaptation dans un contexte d'hébergement pour les jeunes toxicomanes (Centre Jean-Lapointe à Saint-Célestin).

➢ L'accès au traitement par la substitution à la méthadone pour les toxicomanes dans cinq des onze territoires de la région.

➢ L'accès à de nouveaux services pour jeunes toxicomanes.

➢ Le déploiement de services pour les joueurs excessifs dans chaque territoire.

➢ Le développement, en cours de réalisation, de services pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement, dont l'autisme.

➢ La désignation formelle par le Ministère des établissements offrant des services pour les personnes ayant eu un traumatisme crânien.

➢ Le démarrage de services pour les blessés médulaires offerts conjointement par le CHRTR et le Centre InterVal.

➢ Le développement, en voie de réalisation dans les établissements désignés, de services d'intervention médico-sociale pour les victimes d'agression sexuelle.

➢ L'intégration dans la communauté des résidents de l'Hôpital Saint-Julien. Cette dernière opération est majeure puisqu'elle vise le retour dans la communauté, avec des services adaptés à leur condition, de 487 résidents. En juin 2001, 269 personnes avaient complété leur processus d'intégration dans la communauté, principalement au Centre-du-Québec et dans Chaudière-Appalaches.

Des problèmes d'accès aux services

Malgré tout, subsistent des problèmes d'accès aux services spécialisés dans la région. Parmi les plus importants, signalons :

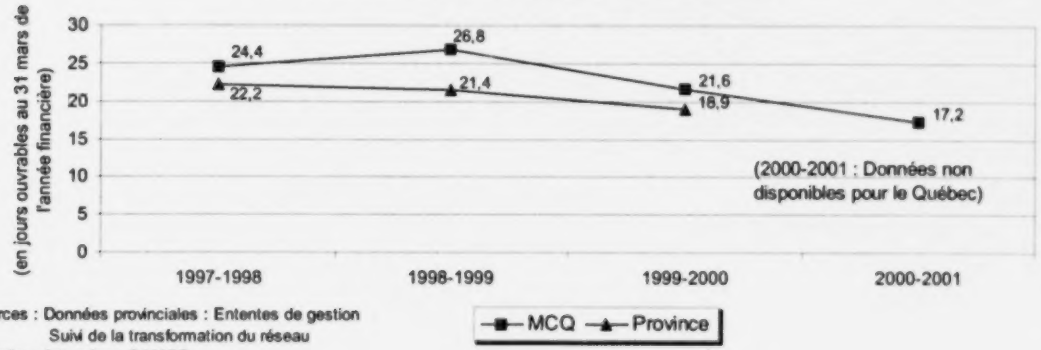
➢ La présence de listes d'attente significatives pour les services aux enfants dysphasiques ou pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement, dont l'autisme.

➢ Pour les motifs déjà avancés au chapitre précédent, un accès extrêmement problématique dans certains territoires aux services médicaux spécialisés de santé mentale que sont la psychiatrie, la pédo-psychiatrie et la psychogériatrie.

➢ L'accès souvent ardu aux services d'hébergement pour les personnes présentant des problématiques à la fois multiples et complexes.

➢ Un accès fragile aux services en protection de la jeunesse, malgré les progrès qu'a connus la région, tels qu'illustrés au graphique 11 de la page suivante. La région demeure tout de même avec des délais supérieurs à la moyenne du Québec.

Graphique 11. Évolution des délais moyens d'attente pour l'obtention d'une évaluation en vertu de la loi de la Protection de la jeunesse de 1997-1998 à 1999-2000
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Québec



Sources : Données provinciales : Ententes de gestion
Suivi de la transformation du réseau
Données régionales : CJ MCQ
Compilation : RRSSS-04

AUTRES CONSTATS APPLICABLES AUX SERVICES SPÉCIALISÉS EN GÉNÉRAL

Les ententes formelles de services et le monitorage de résultats

Quant à la stratégie relative aux ententes de services, les principaux constats applicables à la période 1999 à 2001 sont les suivants :

- Il apparaît nécessaire de revoir les rôles et responsabilités de la Régie régionale et des établissements dans le monitorage des ententes formelles et des mécanismes d'accès pour un meilleur suivi et une plus grande coordination.
- Sauf en protection de la jeunesse, la région dispose de peu de données fiables et valides concernant la plupart des listes d'attente applicables aux services spécialisés.

En ce qui a trait aux constats se rapportant à la stratégie sur les indicateurs permettant de monitorer l'accès rapide et équitable aux services spécialisés, nous référons le lecteur au chapitre 7 traitant de l'évaluation des services et de leurs effets sur la santé.

UNE ORIENTATION ET DES STRATÉGIES À RECONDUIRE

Comme les orientations 2 et 4 qui traitent de l'accès local aux services, de la coordination et de la personnalisation des services, la présente orientation sur l'accès rapide et équitable aux services spécialisés doit être poursuivie puisqu'elle contribue de façon notable au but visé, celui d'avoir un réseau tissé serré.

Hormis les préoccupations déjà soulevées lors de la présentation des principaux constats, il importe de mettre en évidence des défis qui méritent l'attention dans la perspective d'une prochaine planification triennale. Ces défis sont :

1. Le développement et la consolidation au plan local des services de réadaptation et des services sociaux spécialisés.

2. La révision du projet hospitalier de la région qui devrait considérer au moins les dimensions suivantes :
   - un projet conçu selon une logique populationnelle et tenant compte de la mobilité de la clientèle;
   - une organisation des services planifiée discipline par discipline;
   - une mise en application du concept de hiérarchisation des soins entre les différentes professions;
   - un projet hospitalier réfléchi en fonction des ressources humaines et financières réalistement disponibles et non pas en fonction des ressources idéalement requises.

CHAPITRE 5

LA QUATRIÈME ORIENTATION : S'ASSURER QUE LES SERVICES SOIENT COORDONNÉS ET PERSONNALISÉS

Au cœur même du projet régional mis de l'avant par le Plan de consolidation 1999-2002, cette orientation veut promouvoir le passage d'un réseau d'établissements à un véritable réseau de services intégrés, un réseau tissé serré.

Cette orientation n'interpelle pas uniquement les établissements, mais aussi les intervenants de pratique privée dont les médecins, les organismes communautaires, les ressources non institutionnelles et les intervenants d'autres secteurs tels ceux de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique ou des municipalités. Quant à la personnalisation des services, elle réfère à l'adaptation des services aux besoins de chaque personne, dans une relation faite de respect et d'empathie.

Dans la foulée de cette quatrième orientation, sept stratégies ont été retenues en priorité. Elles se résument ainsi :

1. Mettre en place, dans chaque territoire, des mécanismes de coordination adaptés à la réalité des clientèles visées et aux caractéristiques du territoire.

2. Soutenir la préoccupation de services adaptés aux réalités des femmes en ayant recours à diverses avenues telles que l'analyse différenciée selon les sexes ou la sensibilisation des acteurs.

3. S'assurer que les partenaires de chaque territoire se concertent et dégagent des plans d'action en vue de répondre aux besoins des personnes considérées parmi les plus vulnérables telles que certains enfants ayant de nombreuses problématiques ou certaines personnes atteintes d'une ou plusieurs déficiences.

4. S'assurer de la concertation territoriale des partenaires, les CLSC étant désignés pour initier et soutenir cette concertation.

5. Soutenir la concertation territoriale et interterritoriale par des stratégies de financement, par le déploiement des technologies de l'information ou par des incitatifs financiers.

6. Harmoniser les critères et les mécanismes d'accès aux services ainsi que la complémentarité des services de base pour les districts sociosanitaires de Trois-Rivières et de Cap-de-la-Madeleine;

7. Miser sur le développement des compétences et la mobilisation du personnel du réseau de façon à faciliter les changements de pratique et les approches interdisciplinaires et interorganismes.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Encore une fois, il vaut la peine de s'interroger sur le bien-fondé de cette orientation en regard des publications récentes évoquées antérieurement.

À l'orientation précédente, nous avons déjà fait état du rapport émis en 2000 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui établissait que, parmi les trois grands objectifs de tout système de santé, on retrouvait la réactivité. Or, la réactivité réfère implicitement à l'objectif de services coordonnés et personnalisés puisqu'elle inclut des préoccupations comme la réponse aux attentes légitimes des individus et des groupes, le respect des personnes et de leur droit à la dignité, à la confidentialité et à l'information ainsi que l'attention portée aux personnes, notamment par la rapidité de la prise en charge.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a intégré ces concepts dans ses propres propositions qui, à plusieurs reprises, visent la continuité des services et de la coordination des ressources pour répondre aux besoins de la population.

C'est en s'inspirant de ces propositions de la Commission Clair que le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux fait de la qualité, de la continuité et de la coordination des interventions l'une de ses priorités. À cet axe d'intervention correspondent quelques objectifs, dont celui de mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles en perte d'autonomie ou, encore, celui d'intensifier les efforts de continuité des services et

de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.

On l'aura compris, la quatrième orientation du Plan de consolidation 1999-2002 concourt à ces objectifs et priorités.

PRINCIPAUX CONSTATS

Une population qui s'exprime

Au cours de l'année 2001, la Régie régionale a conduit trois sondages auprès de 4 286 personnes de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ces sondages visaient à connaître leur niveau de satisfaction à l'égard des services qu'ils avaient reçus du réseau de la région (CH, CLSC, CHSLD, cliniques médicales).

Les résultats de ces sondages indiquent un niveau de satisfaction élevé par rapport à la relation « intervenant – usager des services sociaux et de santé » faite, entre autres, de respect et d'empathie. En contrepartie, le niveau de satisfaction est plus faible en ce qui a trait à l'accès et à la continuité des services ainsi que par rapport à certains aspects de la personnalisation des soins comme l'adaptation aux besoins particuliers des personnes résidant en CHSLD.

Ces résultats signifient que, globalement, l'attitude des professionnels et du personnel du réseau est jugée adéquate et est appréciée par les gens qui les côtoient. Ce qui cloche c'est, d'une part, la longueur des délais et la complexité des démarches pour avoir accès au service attendu et, d'autre part, le manque de liens efficaces et rapides entre les diverses pièces du puzzle que constitue le réseau de la santé et des services sociaux.

Il reste donc du chemin à parcourir avant d'en arriver à un réseau tissé serré !

Des réalisations intéressantes

De 1999 à 2001, de nombreuses initiatives ont été prises par les organismes et les établissements de même que dans les territoires et au niveau régional pour obtenir une meilleure coordination et une plus grande personnalisation des services. Il serait fastidieux de vouloir les nommer toutes. En voici donc quelques-unes parmi les plus significatives :

- La coordination de tous les centres de prévention du suicide pour une réponse 24 heures par jour et 7 jours par semaine desservant toute la région.
- La consolidation d'un réseau coordonné d'accès à des soins d'urgence 24/7, incluant des services diagnostiques de base dans neuf des onze territoires de la région, avec une coordination assumée par la Régie régionale lors des périodes de fort achalandage des urgences des hôpitaux.
- Le développement d'une centrale de traitement rapide et uniforme des appels de la population et des usagers en détresse pour des services ambulanciers et préhospitaliers d'urgence, couvrant 85 % de la région.
- La mise en place de plus en plus répandue de protocoles de coordination entre les centres hospitaliers et les services de maintien à domicile des CLSC, particulièrement pour les activités de chirurgie d'un jour et de médecine de jour. Des améliorations demeurent toutefois nécessaires.
- La mise en place de huit comités territoriaux pour la coordination locale des services à l'intention des personnes présentant des troubles mentaux.
- Le lancement en février 1999 du projet expérimental de réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les districts sociosanitaires de l'Érable et d'Arthabaska, celui-ci faisant l'objet d'une évaluation d'implantation et d'impact.
- L'implantation en voie de réalisation dans tous les territoires :
  - des mécanismes de coordination requis pour se doter de réseaux intégrés de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, avec l'implication des CLSC, CHSLD, CH, médecins et organismes;
  - des services jeunesse intégrés.
- L'implantation de mécanismes entre la Direction régionale de santé publique et les CLSC pour la coordination des activités de santé publique.
- L'implantation d'outils communs facilitant la coordination et la personnalisation des services, tels que :
  - l'outil multiclientèle pour les personnes âgées;
  - les protocoles d'intervention sociojudiciaire en matière de violence conjugale;
  - l'outil de dépistage des problèmes de toxicomanie connu sous le vocable Indice de gravité des toxicomanies (IGT).

L'adaptation des services aux réalités des femmes

Cette stratégie a connu des avancées au cours des dernières années, telles que:

- Le dépôt au Ministère, à l'été 2001, d'un projet d'intégration des services de sages femmes dans le cadre du projet de Maison des naissances qui serait localisée à Nicolet. La région est en attente d'un accord et d'un financement de la part du Ministère.
- Le déploiement du Programme québécois de dépistage du cancer du sein dans tous les districts sociosanitaires de la région. Le graphique 4 présenté au chapitre 4 en montre les résultats.
- L'implantation dans tous les CLSC du protocole de dépistage systématique de la violence conjugale.

Par ailleurs, d'autres volets n'ont pas progressé aussi rapidement que souhaité :

- L'instauration progressive du recours approprié à l'analyse différenciée selon les sexes.
- Les actions prévues de formation et de sensibilisation des professionnels et intervenants dans le secteur de la santé mentale n'ont été que partiellement réalisées.
- La consolidation des mesures concrètes pour diminuer ou prévenir l'alourdissement des responsabilités des aidantes naturelles. Cette consolidation demeure insuffisante même si les enveloppes budgétaires versées aux établissements pour les mesures de répit et de dépannage ont progressé de 4 % de 1998-1999 à 2001-2000, après être passées de quelque 535 000 $ en 1995-1996 à 2,5 M$ en 1998-1999 (+ 470 %). De plus, les sommes consacrées au soutien à domicile ont crû de façon substantielle et il y a eu consolidation de plusieurs ressources communautaires œuvrant auprès des parents et des proches des personnes vivant un problème particulier.

La concertation territoriale et intersectorielle

Depuis avril 1999, les constats qui s'imposent en matière de concertation territoriale et intersectorielle sont les suivants :

- Presque partout, les établissements à mission CLSC ont acquis la légitimité nécessaire pour agir, tel qu'il leur était demandé, à titre de responsables de la concertation territoriale. Bien entendu, selon les dynamiques territoriales et selon les gestionnaires ou professionnels des CLSC impliqués dans ce rôle, on constate une grande variabilité dans le type de leadership exercé, dans les pratiques utilisées, dans les habiletés déployées et dans les résultats perçus.
- La concertation territoriale et intersectorielle requiert beaucoup plus d'énergie que prévu initialement. Les environnements régionaux et territoriaux comptent un très grand nombre de lieux et d'instances de concertation, ceux-ci pouvant être mis en place aussi bien par les acteurs locaux, par la Régie régionale que par d'autres instances régionales ou nationales. En conséquence, les établissements et organismes sont largement accaparés par cette concertation pourtant nécessaire.
- Plusieurs réalisations concrètes ont vu le jour afin de faciliter la concertation intersectorielle sur le terrain, dont :
  - l'entente multisectorielle avec les ministères de la Justice et de la Sécurité publique, relativement aux enfants victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique;
  - le développement de pratiques de référence et de soutien entre les Centres locaux d'emploi (Emploi-Québec et Sécurité du revenu) et les CLSC;
  - le déploiement des Équipes écoles en santé avec le milieu de l'éducation;
  - la mise en place de tables de concertation en alcoolisme et toxicomanie dans chaque territoire, réunissant des intervenants de la santé et des services sociaux, de la sécurité publique, de l'éducation et des centres locaux d'emploi;
  - les projets d'intervention multisectorielle déjà évoqués au chapitre 2, portant sur le développement social dans des villes et des MRC de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

La complémentarité entre les districts sociosanitaires de Trois-Rivières et de Cap-de-la-Madeleine

La complémentarité recherchée n'a pas connu de progrès significatifs et demeure à parfaire entre les districts sociosanitaires de Trois-Rivières et de Cap-de-la-Madeleine, principalement au niveau des services de première ligne.

Le développement des compétences et mobilisation du personnel

Il faut comprendre que les progrès mentionnés précédemment reposent d'abord et avant tout sur une mobilisation de professionnels du réseau qui cherchent à améliorer la qualité et la justesse de la réponse offerte aux personnes qu'ils desservent. Cette mobilisation est soutenue par le Ministère, par la Régie régionale, par les établissements et par les organismes du réseau, qui très majoritairement partagent ce même souci.

Quant au développement des compétences, nous référons le lecteur aux propos tenus aux chapitres 7 et 8. Au chapitre 7, on fait état des efforts déployés pour l'amélioration continue de la qualité des services, au sein de laquelle se retrouve l'objectif de personnalisation des services. Pour sa part, le chapitre 8 comprend un bilan des principales activités régionales de formation qui ont eu cours de 1999 à 2001, en appui à une meilleure coordination des services.

UNE ORIENTATION À POURSUIVRE SANS RELÂCHE

Comme on l'a déjà dit, cette orientation visant la coordination et la personnalisation des services a tout son sens et est là pour rester. D'ailleurs, les attentes de la population sont claires à ce sujet et, malgré les réalisations qui viennent d'être évoquées, des progrès substantiels restent à faire.

Les quelques constats formulés précédemment peuvent inspirer des ajustements dans le choix et le sens des stratégies. Il serait important que cet examen prenne aussi en considération la préoccupation suivante qui n'a pas encore été mentionnée.

Elle est liée à la présence simultanée, sur un même territoire (par exemple, le district Nicolet-Yamaska), de plusieurs mécanismes de coordination, chacun étant dédié à une problématique spécifique (par exemple, la santé mentale, l'alcoolisme et la toxicomanie ou la déficience intellectuelle) ou à une clientèle spécifique (par exemple, les jeunes ou les personnes âgées en perte d'autonomie).

À prime abord, cette stratégie de mettre en place des mécanismes de coordination adaptés à la réalité des clientèles visées apparaît avantageuse, parce qu'elle permet d'améliorer la continuité et la personnalisation des services.

Cependant, lorsqu'à terme on anticipe la présence simultanée de plusieurs mécanismes de coordination sur un même territoire, il est raisonnable de penser que cette stratégie pourrait susciter des problèmes qu'il faudra prévenir ou à tout le moins gérer. Entre autres, on songe :

- aux problèmes de convergence, de cohérence et de lien entre les divers mécanismes, notamment pour les personnes vivant de multiples problématiques;
- aux coûts associés à l'infrastructure requise par chaque mécanisme spécifique de coordination, dont le recours éventuel à des intervenants-pivot dans différents domaines, les coûts d'encadrement et de coordination des ressources, les coûts reliés aux technologies de l'information et aux communications;
- à l'utilisation efficiente de certaines ressources « rares », tels les médecins, qui peuvent être sollicités par plusieurs mécanismes à la fois.

CHAPITRE 6

LA CINQUIÈME ORIENTATION : *UTILISER LES RESSOURCES DE FAÇON EFFICACE ET EFFICIENTE*

Cette cinquième orientation a trois visées :

1. La présence en région de ressources en quantité et en qualité adéquates, pour offrir des services locaux et régionaux intégrés, accessibles et de qualité, au sein d'un réseau tissé serré;

2. Une gestion efficace et efficiente des ressources disponibles;

3. L'obtention d'une équité intrarégionale et interrégionale dans l'accès aux services et dans la répartition des ressources dont dispose la région.

Pour parvenir à ces fins, huit stratégies sont énoncées dans le Plan de consolidation 1999-2002 :

1. Faire valoir auprès du Ministère les besoins de la région en matière de ressources additionnelles récurrentes et non récurrentes.

2. Répondre en majeure partie aux besoins financiers régionaux par l'apport de crédits additionnels en provenance du Ministère.

3. Dans l'attente de ces ressources en provenance du Ministère, les ajustements, les développements de services et les contraintes reliées au volume ou à la lourdeur de la clientèle sont assumés par les établissements et par les programmes clientèles avec les enveloppes disponibles, à l'exception du programme de santé mentale où des réallocations sont à prévoir.

4. Atteindre l'équilibre budgétaire pour tous les établissements de la région au plus tard le 1er avril 2002.

5. Répartir le budget régional entre quatre enveloppes :

   - services de base territoriaux par programme clientèle;
   - services spécialisés de santé physique et santé mentale;
   - services offerts par les établissements à vocation régionale;
   - enveloppe centralisée pour le soutien aux organismes communautaires, pour les services préhospitaliers d'urgence et pour les fonds spéciaux.

6. Instituer un Fonds permanent de soutien à l'innovation de 7 M$ par année.

7. Poursuivre de façon intensive des travaux en vue d'assurer l'efficience et l'efficacité des services cliniques, administratifs et de soutien, et ce, par la révision des processus, par les mises en commun et par la concentration des services non cliniques.

8. Être favorable aux fusions volontaires de CLSC et de CHSLD dans les districts sociosanitaires de plus de 50 000 personnes et terminer les fusions dans les territoires de moins de 50 000 personnes.

Ces stratégies sont d'abord et avant tout conçues en appui à une organisation de services que l'on souhaite optimale, en appui à un réseau tissé serré. Toute la logique du financement des services et de l'utilisation des ressources repose sur cette prémisse et non pas, comme certains pourraient le croire à tort, sur une simple quête d'économies.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Nul besoin de faire de longues démonstrations pour asseoir le bien-fondé de cette orientation et sa grande convergence avec les récentes prises de position de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et du Ministère.

Selon l'OMS, deux des quatre fonctions fondamentales qui déterminent la performance d'un système de santé sont la gestion adéquate des ressources et le financement du système, les deux autres étant la prestation des services et l'administration générale. Sans nécessairement traiter toutes les facettes incluses dans les deux premières fonctions, la cinquième orientation du

Plan de consolidation 1999-2002 inscrit ses stratégies dans la même philosophie.

La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, dans son rapport intitulé *Les solutions émergentes* (2000), s'attarde surtout au problème plus global du financement du système de santé. Chemin faisant, son analyse l'amène à réitérer l'importance que l'on doit accorder à la gestion des ressources et à la recherche de l'équité dans l'accès aux services. Entre autres, elle recommande le déploiement d'un programme d'action prioritaire visant l'efficacité et l'efficience dans la gestion globale du réseau.

Quant au Ministère, non seulement son Plan stratégique 2001-2004, mais aussi l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire qui le concerne visent une utilisation efficace et efficiente des ressources mises à la disposition du réseau de la santé et des services sociaux. Les récentes lois sur l'administration publique et sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux en sont des exemples.

AUTRES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Le chapitre 1 décrit plusieurs facteurs qui ont influencé directement le déploiement de la présente orientation et de ses stratégies afférentes. Pour cette raison, une relecture de ce chapitre contribuera à une meilleure compréhension des constats formulés ci-après.

Néanmoins, il apparaît pertinent de considérer quelques éléments de contexte additionnels :

- Les allocations budgétaires décidées par le Ministère de 1999-2000 à 2001-2002 ont été conditionnées par le règlement des déficits. Majoritairement, c'est sur cette base que la consolidation budgétaire des établissements s'est effectuée. En ce sens, la région a eu moins d'autonomie qu'elle le souhaitait dans les choix d'allocation budgétaire.
- Les années 2000 et 2001 ont été marquées par le début de travaux nationaux sur la révision des modes de budgétisation des établissements afin de tenir compte, désormais, de critères de performance et des coûts de production. Ces travaux présidés par M. Denis Bédard, ont amené le Ministère à introduire graduellement des changements dans sa façon de procéder aux allocations des crédits, particulièrement à l'intention des centres hospitaliers. Cet élément de contexte devrait prendre davantage d'ampleur au cours des prochaines années et s'étendre aux autres catégories d'établissements.
- Les travaux rendus nécessaires par l'élaboration des ententes de gestion et le suivi des équilibres budgétaires de 1999-2000 à 2001-2002 ont donné à la Régie régionale une connaissance plus précise de la situation financière et des niveaux d'efficacité des établissements de la région. Cette connaissance permet à l'instance régionale de mieux soutenir et de mieux suivre les établissements de la région.
- Le taux de croissance des dépenses liées aux médicaments constitue, année après année, une très forte contrainte sur l'équilibre budgétaire des hôpitaux, des CHSLD et des CLSC. Il en est de même, depuis quelque temps, des coûts de l'énergie dans tous les établissements. Dans un cas comme dans l'autre, l'indexation annuelle des bases budgétaires des établissements ne semble pas permettre de couvrir la totalité de ces hausses.
- Au même titre que les médicaments, le recours de plus en plus répandu aux technologies de l'information et des communications (TIC) va bientôt poser un problème budgétaire majeur.

  En effet, les coûts de renouvellement et de rehaussement des TIC ne sont que très rarement provisionnés de façon suffisante dans les budgets des établissements. Ces coûts représentent des sommes importantes qui tendent à augmenter sous la pression des progrès que connaissent les TIC. Or, ces technologies jouent maintenant un rôle indispensable pour le réseau, puisque l'organisation du travail et le suivi des usagers reposent désormais en grande partie sur le recours aux TIC.
- Une réflexion analogue s'impose du côté des coûts reliés au renouvellement et au rehaussement des équipements de haute technologie.

PRINCIPAUX CONSTATS

La quête de l'équité

Cette préoccupation omniprésente chez les acteurs de la région et à la Régie régionale a connu les développements suivants de 1999-2000 à 2001-2002 :

- Toutes les décisions d'allocation budgétaire qui ont été prises par la Régie régionale l'ont été dans le sens d'assurer l'équité intrarégionale,

avec les moyens qui étaient disponibles. Ce fut notamment le cas dans les secteurs suivants, pour lesquels le conseil d'administration a décidé d'affecter 5 des 7 M$ initialement réservés au Fonds de soutien à l'innovation créé en 1999 :

- la santé mentale;
- les personnes âgées;
- la déficience physique;
- l'alcoolisme et les toxicomanies;
- le soutien aux organismes communautaires.

➢ Toujours animée par le souci de tendre vers l'équité et la transparence dans le financement des services, la Régie régionale, avec ses partenaires des établissements et des organismes communautaires, a complété ou entamé des travaux visant à définir un cadre de financement applicable aux volets suivants :

- le soutien aux organismes communautaires;
- le financement des ressources non institutionnelles;
- les services d'hébergement et de soins de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les établissements publics;
- le financement des mesures découlant des orientations régionales de santé mentale;
- l'évaluation des besoins et le financement de services d'hébergement communautaire en alcoolisme et toxicomanie.

Selon les cas, ces cadres de financement ont commencé à être appliqués ou le seront au cours des prochaines années, en fonction des disponibilités budgétaires et des orientations ministérielles.

Par ailleurs, ces travaux ont permis à la Régie régionale de se rapprocher quelque peu de l'une des stratégies du Plan de consolidation 1999-2002, soit l'identification de l'enveloppe budgétaire dédiée aux services de base territoriaux par programme clientèle.

La quête de l'équilibre budgétaire

Grâce aux efforts de rationalisation accomplis par les établissements, aux investissements faits par le Ministère et la Régie régionale et au suivi serré effectué par ces trois paliers dans la foulée des lois et réglementations en vigueur, l'équilibre budgétaire devrait être respecté pour 20 établissements publics sur 23 au 31 mars 2002. Les trois autres établissements devront avoir signé d'ici la fin décembre 2001 une entente d'engagement au retour à l'équilibre budgétaire, sur la base d'un plan approuvé par le Ministère.

Toutefois, compte tenu du contexte économique qui prévaut à l'automne 2001, des capacités budgétaires de la société québécoise associées au ralentissement économique, de la croissance de la demande et de l'évolution de certains facteurs de coûts décrits précédemment, les établissements devront redoubler d'ardeur pour maintenir ou pour atteindre l'équilibre budgétaire en 2002-2003 et dans les années à venir.

L'évolution du budget régional

Le tableau 1 et le graphique 1 introduits dès le chapitre 2 permettent de comprendre l'évolution de l'enveloppe budgétaire régionale globale et par programme, d'abord de 1995-1996 à 1998-1999, puis de cette même année à 2001-2002. Ces périodes correspondent respectivement au Plan de transformation 1996 et au Plan de consolidation 1999-2002.

Après avoir chuté de 18,1 M$ ou 3,2 % de 1995-1996 à 1998-1999, l'enveloppe totale de la région, à l'exclusion de l'Hôpital Saint-Julien, a bondi de 20,1 %, soit 110,6 M$, au cours des trois années qui ont suivi. Sur un horizon de six ans, l'enveloppe régionale s'est accrue de 92,5 M$, soit une hausse de 16,2 % entre 1995-1996 et 2001-2002.

En se basant sur les montants figurant au tableau 1, lorsqu'on calcule le taux de croissance des enveloppes budgétaires entre le début de la transformation en 1995-1996 et maintenant en 2001-2002, on constate que les programmes qui ont connu les plus fortes hausses pendant cette période de six ans ont été :

- La promotion-prévention : + 113 % l'amenant à 21,7 M$;
- Les organismes communautaires : + 103 % les amenant à 18,8 M$;
- La déficience physique : + 68,2 % l'amenant à 19,4 M$;
- L'alcoolisme et les toxicomanies : + 28,5 % l'amenant à 3,5 M$;

- Les services préhospitaliers d'urgence : + 22,4 % l'amenant à 14,4 M$;
- La santé mentale : + 20,7 % l'amenant à 46,1 M$.

En chiffres absolus, les programmes santé physique et personnes âgées en perte d'autonomie demeurent toutefois les plus importants, les trois dernières années leur ayant permis de connaître des hausses respectives de 26,3 % et 22,9 % après avoir été l'objet de compressions de 15,4% et de 6,0 %, respectivement, entre 1995-1996 et 1998-1999.

La modernisation des infrastructures administratives et de soutien

Le tableau 2 met en évidence qu'une somme de 26,1 M$ a été investie de 1999-2000 à 2001-2002 dans la modernisation des infrastructures administratives et de soutien du réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Tableau 2

Investissements de fonds régionaux et nationaux dans la modernisation des infrastructures administratives et de soutien de 1999-2000 à 2001-2002

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Services de laboratoire	11 509 000
Services de pharmacie	1 332 000
Archives, accueil et communications	1 261 000
Approvisionnements	606 000
Gestion des ressources humaines	262 000
Services alimentaires	4 392 000
Buanderie et lingerie	2 019 000
Économies d'énergie	4 027 000
Systèmes de sécurité	633 000
Autres projets	60 000
	26 101 000

Source : Groupe Ressources réseau, novembre 2001

Ces investissements substantiels ont permis de soutenir la réalisation de plusieurs projets de mise en commun ou de modernisation comme ceux ayant trait aux services alimentaires, aux économies d'énergie et aux services de buanderie.

Parmi ces projets, il en est un qui se démarque par sa nature et par son importance. Il s'agit du projet portant sur les services de laboratoire pour lequel des fonds nationaux et régionaux de 11,5 M$ ont été consentis, en plus des investissements des établissements. Or, c'est la première fois au Québec que les établissements de toute une région s'associent au sein d'un tel projet permettant la modernisation et surtout la mise en réseau de tous les services de laboratoire.

Ce projet permet d'intégrer et de soutenir toutes les étapes du processus relié aux services de laboratoire, allant de la requête effectuée par un médecin, en passant par la prise de l'échantillon dans n'importe quel territoire de la région, par l'analyse de l'échantillon par le laboratoire le plus approprié, suivie du retour des résultats de l'analyse au médecin prescripteur et leur mise en archives informatisées. Voilà un moyen bien concret de soutenir la création d'un réseau tissé serré !

D'autres chantiers d'importance ont été lancés pendant cette même période, dont un qui mérite une attention particulière. Il s'agit de celui portant sur la modernisation des services d'imagerie médicale qui est élaboré selon un concept d'intégration et de mise en réseau régional, dans le même veine que les services de laboratoire. Le projet est à l'étape de l'étude de faisabilité et attend la disponibilité de ressources financières suffisantes pour se concrétiser.

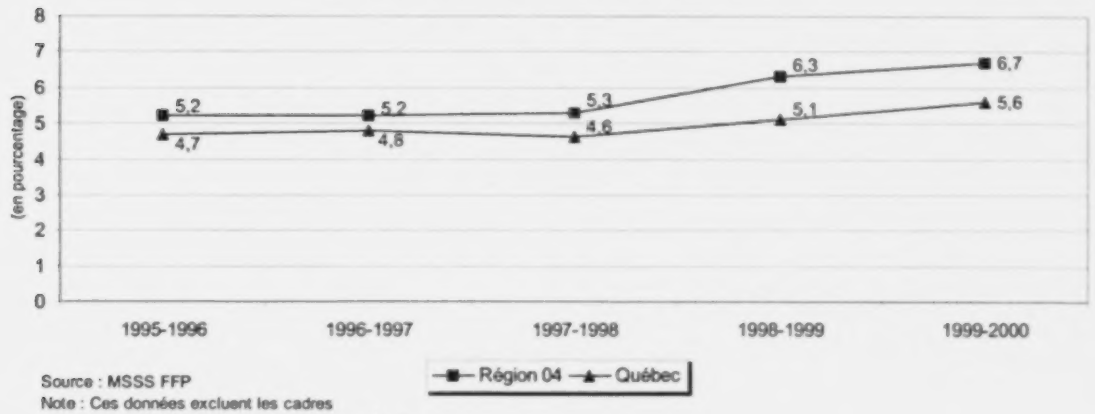
Enfin, il est un chantier de modernisation qui a été moins fructueux que les autres. C'est celui qui a trait aux systèmes soutenant la gestion du personnel, dont notamment celui portant sur la gestion de la présence au travail. Malgré beaucoup

d'énergie consentie sur ce dernier sujet, aucune des stratégies proposées pour la prise en charge de ce dossier sur le plan régional ou sous-régional n'a été retenue.

Comme le démontre le graphique 12, les performances globalement médiocres de la région

financement des services et crée aussi une pression sur le personnel en place, alors que le réseau connaît déjà une pénurie d'effectifs dans certains secteurs d'emploi. Enfin, est aussi en jeu la qualité des services offerts aux employés en période d'invalidité.

Graphique 12. Évolution de la proportion des heures en assurance-salaire sur les heures travaillées, de 1995-1996 à 1999-2000 en pourcentage
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Québec



Source : MSSS FFP
Note : Ces données excluent les cadres
Traitement : RRSSS-04, Groupe ressources réseau
Yves Beaubien

au chapitre de la présence au travail se poursuivent depuis plusieurs années, avec une accentuation depuis 1997-1998. En 1999-2000, la région occupait la troisième position sur les 18 régions du Québec pour le taux moyen d'absentéisme le plus élevé. Un taux de 6,7 % signifie que, pour chaque tranche de 100 heures travaillées par le personnel des établissements du réseau, il y a en moyenne 6,7 heures d'assurance-salaire. Les données les plus récentes indiquent que le taux moyen de la région a évolué à 6,4 % en 2000-2001. Malheureusement, nous ne connaissons pas le taux moyen pour l'ensemble du Québec pour cette même année.

Cela étant, le ministre a récemment annoncé un plan d'action national sur le sujet. Les dix établissements les plus en difficulté de la région ont demandé le soutien d'expertise du Ministère à cet égard et, de son côté, la Régie régionale a relancé la démarche d'un plan d'action régional.

Il s'agit d'un enjeu important puisque les dépenses d'assurance-salaire sont assumées par le budget d'opération des établissements. Le phénomène amène un accroissement des heures rémunérées, à cause des remplacements qu'il faut nécessairement effectuer. Cela fragilise d'autant le

Des investissements significatifs dans les immobilisations

Une façon de moderniser un réseau, c'est d'adapter ses installations physiques à l'évolution des besoins et de maintenir leur sécurité et leur fonctionnalité.

Entre le 1er avril 1999 et le 31 décembre 2001, la région a vu démarrer trois chantiers pour une valeur de 67,2 M$. Ces trois projets majeurs d'immobilisation visent à concentrer les activités cliniques du CHRTR au site Sainte-Marie, à regrouper sur un seul site tous les services du Regroupement Cloutier-du Rivage et à réaménager les services ambulatoires au Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie.

Ces chantiers s'ajoutent à ceux qui étaient déjà en cours de réalisation au 1er avril 1999 et qui se sont terminés ou poursuivis depuis. Ces chantiers totalisent des investissements de 73,4 M$ et visaient à :

- rapatrier des lits d'hébergement et à réaménager le Foyer Avelin-Dalcourt dans la MRC de Maskinongé;

- regrouper les services situés à Nicolet sur un seul site;
- construire les installations requises par le centre de radiothérapie et la résonance magnétique au CHRTR;
- réaménager de façon majeure les installations de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska;
- réaménager de façon majeure les installations de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville;
- réaménager une unité sécuritaire des Centres jeunesse;
- aménager le service de Centre de jour au CHSLD Cœur-du-Québec;
- regrouper sur un seul site les services d'hébergement à La Tuque;
- améliorer la sécurité dans les établissements, dont en particulier les CHSLD, par la pose de gicleurs.

Des investissements significatifs dans les équipements

La performance du réseau et l'atteinte des orientations du Plan de consolidation 1999-2002, particulièrement du côté des services spécialisés, reposent aussi sur le renouvellement des équipements spécialisés ou l'acquisition de nouveaux.

En 1999-2000 et 2000-2001, le Ministère et la Régie régionale ont investi quelque 20,8 M$ pour le renouvellement ou l'acquisition d'équipements spécialisés. Ces sommes s'ajoutent à celles consenties par les établissements eux-mêmes ou par leurs fondations.

D'autre part, l'adaptation à l'an 2000 a occasionné des dépenses de l'ordre de 11 M$, financées à 90 % par le Ministère et la Régie régionale, pour changer des équipements biomédicaux ainsi que des équipements et logiciels informatiques qui auraient pu avoir des difficultés sérieuses à franchir le cap de l'an 2000 et à fonctionner adéquatement par la suite.

Les fusions d'établissements

Conformément à ce que préconisait le Plan de consolidation 1999-2002, il y a eu :

➢ La fusion du CLSC Vallée de la Batiscan et du CHSLD Regroupement Mékinac - des Chenaux, en date du 1er avril 2000, pour créer le CLSC-CHSLD Vallée de la Batiscan, desservant quelque 25 800 personnes.

➢ La fusion volontaire du CLSC et du CHSLD du district sociosanitaire du Centre-de-la-Mauricie pour créer, le 6 septembre 2001, le CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie, desservant une population de quelque 67 100 personnes.

UNE ORIENTATION INCONTOURNABLE ET DES STRATÉGIES À ADAPTER

Cette orientation peut difficilement être remise en question. Elle reflète la préoccupation que doivent avoir toute société et tout gouvernement de pouvoir compter sur :

- des ressources en quantité et en qualité adéquates pour offrir des services accessibles et de qualité, avec un souci constant d'équité;
- des ressources qui sont utilisées de façon efficace et efficiente.

Quant aux stratégies mises de l'avant en 1999 avec cette orientation, certaines méritent d'être poursuivies alors que d'autres devront être ajustées selon l'évolution du contexte et la présence de nouveaux défis. Les sections « Éléments additionnels de contexte » et « Principaux constats » donnent des indications à ce sujet.

Doivent aussi être pris en considération :

➢ L'apport précieux qu'a constitué, pour la région, la présence d'une marge de manœuvre financière régionale. Celle-ci a permis de rééquilibrer des choix d'allocation budgétaire, d'aider au retour à l'équilibre budgétaire de plusieurs établissements, de soutenir la modernisation du réseau ainsi que quelques innovations. Vaut-il la peine et est-il possible de la maintenir ?

➢ L'impact que peut avoir une meilleure gestion des aspects cliniques sur l'utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles. Cette avenue, entamée au cours de la dernière année par l'implantation de l'approche de suivi systématique de la clientèle mentionnée au chapitre 4, mérite de l'attention.

CHAPITRE 7

LA SIXIÈME ORIENTATION : *MESURER L'EFFICIENCE, L'EFFICACITÉ ET LES EFFETS DES SERVICES*

Cette orientation énonce le principe qu'il faut bien évaluer les actions du réseau et ses effets sur la santé et le bien-être de la population afin d'ajuster au fur et à mesure ses services et ses programmes. Pour ce faire, quatre stratégies ont principalement été retenues dans le Plan de consolidation 1999-2002.

1. Instaurer un monitorage rigoureux et fréquent des principaux résultats atteints.

2. Mettre à jour et diffuser des connaissances sur les besoins de la population et sur son état de santé et de bien-être.

3. Mettre en place une stratégie d'amélioration continue de la qualité des services basée, entre autres, sur les attentes de la population et sur la satisfaction des usagers.

4. Suivre les effets de la fusion d'établissements eu égard au respect des missions, à l'amélioration de la coordination, à la personnalisation des services, à la simplification des modalités d'accès et aux impacts financiers.

Ces stratégies sont assorties à de nombreuses mesures spécifiques décrites dans le Plan de consolidation 1999-2002.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Comme pour les orientations précédentes, il vaut la peine de souligner que cette sixième orientation converge avec les propositions que l'on retrouve dans les documents de référence présentés au premier chapitre.

Ainsi, le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2000, affirme que la performance d'un système de santé dépend de la façon dont il s'acquitte des quatre fonctions fondamentales que sont la prestation des services, la gestion des ressources, le financement et l'administration générale. Or, à l'intérieur de cette dernière fonction, l'OMS campe la nécessité de disposer d'un système d'information comprenant des indicateurs de performance sur les fonctions clés et sur la réalisation des objectifs. Il insiste aussi sur la capacité de repérer à tout moment les problèmes globaux du système et d'évaluer les différentes solutions.

À sa façon, le rapport *Les solutions émergentes* (2000) reprend cette préoccupation en recommandant « que soient implantés des systèmes d'information clinique et de gestion efficaces et sécurisés ». Il propose aussi des mesures pour assurer le monitorage des facteurs de croissance des coûts, pour accroître l'imputabilité et pour évaluer la performance. Pour sa part, le Plan stratégique 2001-2004 du Ministère fixe l'objectif d'instaurer une culture de gestion par résultats.

Le Plan de consolidation 1999-2002 s'inscrit dans la même veine. Il insiste cependant sur une dimension additionnelle jugée fondamentale : celle de l'amélioration continue de la qualité des services et de la place accordée aux attentes de la population et à la satisfaction des usagers.

PRINCIPAUX CONSTATS

Une fonction de monitorage des résultats mieux intégrée au réseau

On peut affirmer que, depuis 1999, la culture de même que les fonctions d'évaluation et de monitorage des résultats se sont consolidées de façon significative en Mauricie et au Centre-du-Québec. Cette consolidation s'est traduite notamment par :

- Une participation organisée et plus systématique, aussi bien par la Régie régionale que par les établissements, aux nombreux exercices de reddition de comptes à l'intention des instances régionales et nationales.
- Un positionnement proactif de la Régie régionale en matière d'amélioration continue de la qualité des services et en matière d'évaluation.
- Une meilleure intégration, dans les productions de l'instance régionale, de l'approche de reddition de comptes par indicateurs, comme en font foi ses rapports annuels ou les tableaux de bord qu'elle produit.

- La réalisation de plusieurs opérations de suivi de résultats, parmi lesquelles on peut mentionner :
  - le suivi de l'entente de gestion Ministère-Régie régionale;
  - la reddition de comptes annuelle aux commissions parlementaires des crédits et des affaires sociales;
  - le monitorage des priorités nationales de santé publique;
  - le suivi des services spécialisés ambulatoires;
  - l'évaluation d'Info-santé CLSC;
  - le suivi du Programme québécois de dépistage du cancer du sein et de l'implantation du Programme québécois de lutte au cancer;
  - le suivi d'Info-social CLSC.

Des difficultés et des améliorations à apporter au monitorage des résultats

Toutefois, cette consolidation de la fonction de monitorage et d'évaluation reste à parfaire. Plusieurs difficultés et carences subsistent. Parmi les principales, mentionnons :

- L'absence d'évaluation de la pertinence, de l'efficience et de l'efficacité des différents services de base ou spécialisés existant dans la région. Cette absence est un frein à la prise de décisions éclairées quant à l'organisation et au financement de ces services. Cependant, un projet se démarque par l'effort qu'il a mis pour développer ce type d'évaluation. Il s'agit du projet de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie dans les districts sociosanitaires de l'Érable et d'Arthabaska.
- Une difficulté généralisée d'accès rapide à des données valides pour la plupart des services en opération dans la région.
- Une difficulté importante à développer des mesures fiables et valides portant sur les résultats globaux que sont la continuité, la coordination et l'intégration des services. Il faut souligner que le développement de telles mesures constitue en soi un exercice complexe de conceptualisation et requiert l'apport de la recherche évaluative.
- La diffusion encore partielle de l'information issue du monitorage ou de l'évaluation. Ce volet a besoin d'être mieux articulé. Il faut choisir la nature des données produites et diffusées ainsi que les moyens de diffusion les plus appropriés, l'objectif étant de favoriser une utilisation optimale de ces informations par les acteurs clés du réseau.

Outre ces difficultés, un défi de taille demeure difficilement accessible à court terme. C'est celui d'intégrer le monitorage des divers types de résultats dans un tout cohérent et utilisable, qui puisse être en mesure de répondre aussi bien aux besoins d'information clinique qu'aux besoins d'information de gestion, aussi bien sous l'angle local que sous l'angle régional ou national.

Dans un autre ordre d'idée, on constate qu'aucune étude spécifique portant sur l'évaluation des effets des fusions d'établissements n'est disponible régionalement.

Une mise à jour continue de la connaissance des besoins de la population et de son état de santé et de bien-être

Le développement d'une meilleure connaissance des caractéristiques sociosanitaires de la population et la diffusion en région de cette connaissance reposent en bonne partie sur la Régie régionale. En effet, il s'agit là d'activités régulières qui s'inscrivent dans ses responsabilités.

Au même titre que le monitorage des résultats, cette connaissance est primordiale pour mieux adapter et mieux orienter les actions du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires.

Au cours de la période allant de 1999 à 2001, de nombreuses publications d'intérêt ont été diffusées aux établissements et organismes du réseau et aux partenaires d'autres secteurs d'activité de la Mauricie et du Centre-du-Québec, dont :

- Le portrait sociosanitaire de chacun des douze districts de la région, sur la base des données disponibles les plus récentes.
- Une vingtaine de bulletins Profil 04 et de cahiers statistiques abordant des thèmes tels que la mortalité infantile, les projections de population, la sécurité du revenu, tous traités sous un angle régional et local.
- Les résultats de la recherche *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, particulièrement utiles pour mieux cibler les actions de revitalisation de villages ou de quartiers de ville.

- Plusieurs analyses sur des problématiques spécifiques de santé telles que les grossesses à l'adolescence, et quelques études épidémiologiques lors de situations présentant un risque potentiel pour la santé tel que la présence de mercure chez les travailleurs d'une usine et leur famille.

L'amélioration continue de la qualité des services : une stratégie qui a pris son envol

La stratégie d'amélioration continue de la qualité des services que la Régie régionale devait implanter a littéralement pris son envol depuis avril 1999. C'est ainsi que :

- Les attentes des usagers et de la population à l'égard des services ont d'abord été identifiées.
- Sur cette base, un sondage de satisfaction à l'endroit des services reçus du réseau a été conduit pour le compte de la Régie régionale auprès de 3 565 personnes, ce qui constitue un échantillon très représentatif des quelque 480 000 personnes qui vivent en Mauricie et au Centre-du-Québec. Tel que l'illustre le graphique 13, 48,5 % des personnes interrogées se disent très satisfaites eu égard aux services dispensés, alors que 8,3 % sont insatisfaites ou peu satisfaites. Selon qu'il s'agit de services dispensés par les cliniques médicales, par des établissements à mission CLSC ou par ceux à mission centre hospitalier, le pourcentage de personnes très satisfaites passent de 62,1 % à 40,3 %.

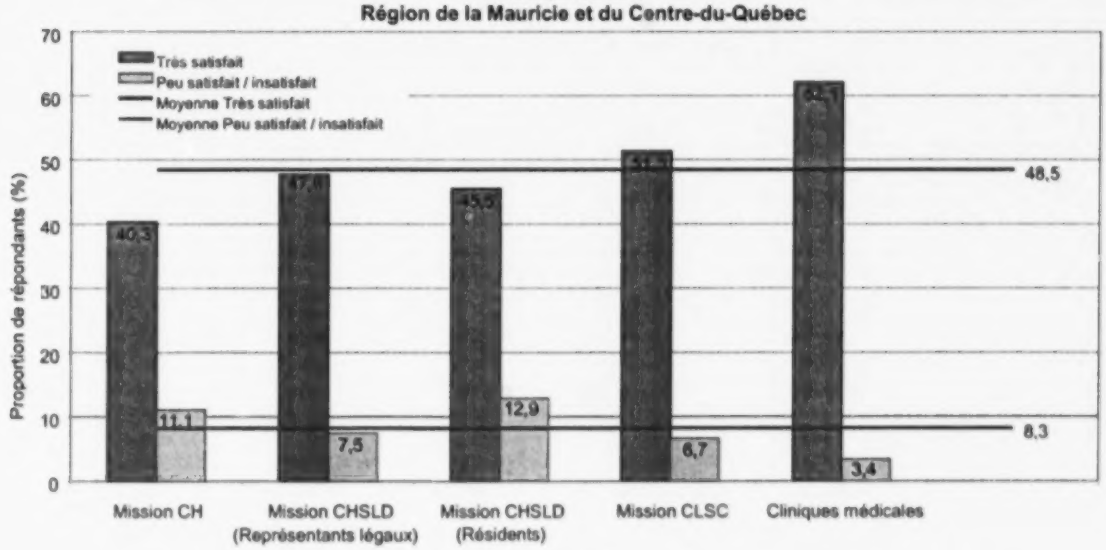
Un total de 740 personnes ont participé à un second sondage, s'adressant cette fois aux personnes hébergées en CHSLD et aux répondants de personnes hébergées.

- Les résultats de ces sondages ont été largement diffusés auprès des établissements et des comités d'usagers. Ils ont aussi servi à alimenter un important colloque à l'intention du réseau régional, tenu le 1er novembre 2001, et dont le sujet était la qualité des services. À cette occasion, la Régie régionale a pris un certain nombre d'engagements face à la population en matière d'amélioration des services.
- La Régie régionale tient des rencontres régulières avec tous les responsables du traitement des plaintes des établissements afin de permettre un partage d'information, d'expertise et de pistes de solution.
- Avec des objectifs similaires, des rencontres régionales des comités d'usagers des établissements ont aussi démarré.
- Au niveau du traitement des plaintes, la Régie régionale a revu ses approches d'analyse des plaintes et a intégré, dans son rapport annuel sur le sujet, les initiatives prises par les établissements pour améliorer la qualité de leurs services.

Graphique 13. Taux de satisfaction de la population et des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux selon la mission de l'établissement visité et les cliniques médicales

(Sondages qualité 2000)

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



- Plusieurs analyses sur des problématiques spécifiques de santé telles que les grossesses à l'adolescence, et quelques études épidémiologiques lors de situations présentant un risque potentiel pour la santé tel que la présence de mercure chez les travailleurs d'une usine et leur famille.

L'amélioration continue de la qualité des services : une stratégie qui a pris son envol

La stratégie d'amélioration continue de la qualité des services que la Régie régionale devait implanter a littéralement pris son envol depuis avril 1999. C'est ainsi que :

- Les attentes des usagers et de la population à l'égard des services ont d'abord été identifiées.
- Sur cette base, un sondage de satisfaction à l'endroit des services reçus du réseau a été conduit pour le compte de la Régie régionale auprès de 3 565 personnes, ce qui constitue un échantillon très représentatif des quelque 480 000 personnes qui vivent en Mauricie et au Centre-du-Québec. Tel que l'illustre le graphique 13, 48,5 % des personnes interrogées se disent très satisfaites eu égard aux services dispensés, alors que 8,3 % sont insatisfaites ou peu satisfaites. Selon qu'il s'agit de services dispensés par les cliniques médicales, par des établissements à mission CLSC ou par ceux à mission centre hospitalier, le pourcentage de personnes très satisfaites passent de 62,1 % à 40,3 %.

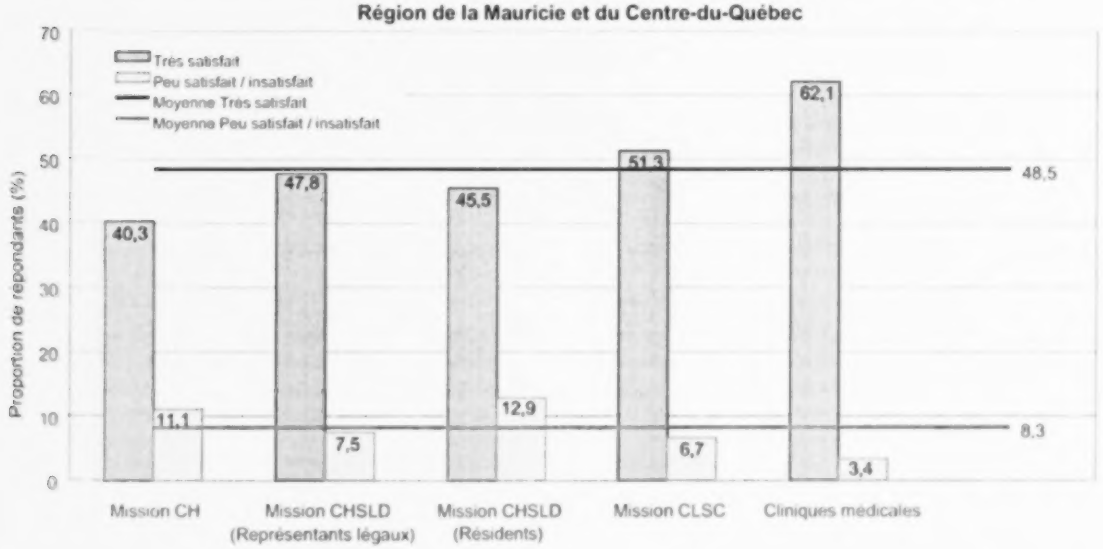
Un total de 740 personnes ont participé à un second sondage, s'adressant cette fois aux personnes hébergées en CHSLD et aux répondants de personnes hébergées.

- Les résultats de ces sondages ont été largement diffusés auprès des établissements et des comités d'usagers. Ils ont aussi servi à alimenter un important colloque à l'intention du réseau régional, tenu le 1er novembre 2001, et dont le sujet était la qualité des services. À cette occasion, la Régie régionale a pris un certain nombre d'engagements face à la population en matière d'amélioration des services.
- La Régie régionale tient des rencontres régulières avec tous les responsables du traitement des plaintes des établissements afin de permettre un partage d'information, d'expertise et de pistes de solution.
- Avec des objectifs similaires, des rencontres régionales des comités d'usagers des établissements ont aussi démarré.
- Au niveau du traitement des plaintes, la Régie régionale a revu ses approches d'analyse des plaintes et a intégré, dans son rapport annuel sur le sujet, les initiatives prises par les établissements pour améliorer la qualité de leurs services.

Graphique 13. Taux de satisfaction de la population et des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux selon la mission de l'établissement visité et les cliniques médicales

(Sondages qualité 2000)

Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Cette impulsion vers l'amélioration de la qualité des services n'est pas le seul apanage de la Régie régionale. Quelques établissements logeaient déjà à cette enseigne. Et puis, plusieurs des réalisations mentionnées précédemment reposent sur une collaboration étroite entre les établissements et la Régie régionale. Par surcroît, ils sont de plus en plus nombreux les établissements qui se sont engagés volontairement dans un processus d'agrément ou d'amélioration continue de la qualité de leurs services.

UNE ORIENTATION À CONSOLIDER ET DES DÉFIS ADDITIONNELS À RELEVER

Voici donc une orientation et des stratégies qui ont connu une évolution très satisfaisante depuis l'adoption du Plan de consolidation 1999-2002.

Au-delà de la production d'outils, de statistiques ou de résultats de sondage, c'est la création d'une dynamique locale et régionale en faveur de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des services qu'il faut saluer. Certes, elle était déjà présente en plusieurs endroits dans la région avant avril 1999. La différence maintenant, c'est qu'on la sent bien vivante dans un très grand nombre de milieux de travail et portée avec constance par l'instance de coordination régionale.

Il ne fait aucun doute qu'il y a lieu de maintenir et d'accentuer cette orientation dans le futur, surtout lorsque l'on considère le grand potentiel qu'elle porte pour :

- soutenir la cohérence et le réseautage des actions des intervenants du réseau;
- provoquer et soutenir les changements de pratique;
- assurer l'efficience et l'efficacité du réseau.

L'analyse faite dans la section « principaux constats » donne une bonne indication des défis à relever au cours des prochaines années.

CHAPITRE 8

LA SEPTIÈME ORIENTATION : *ADAPTER LA GESTION DES ORGANISATIONS EN MISANT SUR LA PARTICIPATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES PERSONNES*

Cette orientation a été introduite dans le Plan de consolidation 1999-2002 à la suite des bouleversements majeurs qu'avait connus le réseau depuis 1995.

Elle repose sur les convictions suivantes :

- Il faut adapter la gestion des organisations aux nouvelles réalités issues des transformations de la seconde moitié des années 1990.
- Cette adaptation doit être active et continue pour faire face aux changements qu'inévitablement l'évolution des besoins et des moyens provoquera.
- Cette adaptation de la gestion doit d'abord émaner du leadership des directions générales des établissements et doit miser sur l'appui des conseils d'administration et sur l'implication du personnel d'encadrement, du personnel salarié et des médecins.

Dans cette perspective, trois stratégies sont mises de l'avant dans le Plan de consolidation 1999-2002. Elles se résument de la façon suivante :

- Associer les personnes, qu'elles soient cadres, employés, médecins, bénévoles, membres d'associations représentatives ou de conseils consultatifs au projet collectif de chaque établissement.
- Utiliser de façon optimale les compétences du personnel en procédant à une révision locale de l'organisation du travail, en encourageant la mobilité, en préparant la relève et en replaçant tout le personnel en sécurité d'emploi.
- Assurer le développement des membres des conseils d'administration, du personnel cadre et salarié, des médecins et, dans certains cas, des personnes bénévoles.

La partie 4 du Plan de consolidation 1999-2002 détaille les mesures appuyant ces stratégies.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Le bien-fondé de l'orientation

Cette septième orientation trouve son pendant particulièrement dans le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux intitulé *Les solutions émergentes* (2000) et, d'une certaine façon, dans le Plan stratégique 2001-2004 du Ministère.

En effet, le rapport de la Commission présidée par M. Michel Clair a insisté fortement sur l'importance de développer les compétences et de raviver la fierté des ressources humaines. Huit recommandations et quatorze propositions sont formulées en ce sens. Pour l'essentiel, elles visent à agir contre la morosité, à reconnaître, à renforcer le rôle et à préparer la relève des directeurs généraux, à planifier la main-d'œuvre, à valoriser les compétences, à favoriser l'interdisciplinarité, à renforcer le pouvoir des parties locales et à redéfinir la mobilité.

Pour sa part, le Plan stratégique 2001-2004 du Ministère insiste surtout sur la planification de la main-d'œuvre, en particulier dans les secteurs considérés comme précaires, sur la formation du personnel et sur une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités.

Bien que les thèmes abordés soient majoritairement les mêmes, l'emphase mise sur certaines stratégies et mesures distingue ces deux documents de référence du Plan de consolidation 1999-2002.

Des éléments de contexte spécifiques à la question des ressources humaines

Le chapitre 1 fait état d'un élément de contexte propre aux ressources humaines, soit celui ayant trait aux problèmes persistants de recrutement, de rétention et de répartition des effectifs médicaux et aux pénuries de main-d'œuvre dans d'autres professions.

Il vaut la peine de pousser plus loin cette question.

Deux phénomènes aux impacts sous-estimés

Après coup, on a l'impression que les impacts des deux phénomènes suivants, issus des années 1995-1999, ont été largement sous-estimés, tant au niveau national que régional. Ce sont :

- Les problèmes émergents de pénurie de main-d'œuvre dans plusieurs secteurs d'emploi tant cliniques qu'administratifs, découlant des

programmes de départ à la retraite et d'une planification nationale et régionale de la main-d'œuvre déficiente depuis de nombreuses années.

- La présence d'un grand nombre d'unités d'accréditation au sein de chaque établissement suite aux fusions et transformations, rendant très complexe la gestion intégrée de volets tels que l'organisation du travail ou la gestion des assignations et des listes de rappel.

Au niveau régional, le Plan de consolidation 1999-2002 avance des mesures pour faire face à ces deux problématiques, mais elles apparaissent aujourd'hui insuffisantes et manquent de vigueur.

Au niveau national, les règlements intervenus dans le cadre des négociations sur les conventions collectives de travail n'ont apporté que très peu de solutions à ces problèmes.

En réalité, les parties locales et les gestionnaires, pour lesquels tant la Commission Clair que le Plan de consolidation 1999-2002 réclamaient un renforcement, se retrouvent, pour adapter l'organisation du travail aux réalités d'aujourd'hui, avec pratiquement les mêmes règles du jeu que celles négociées il y a de cela longtemps.

Pourtant, le contexte qui prévaut maintenant est diamétralement différent de celui qui existait lorsque ces conventions ont été initialement signées entre les parties nationales, à une époque où les établissements opéraient généralement en vase clos et où le travail en interdisciplinarité était chose rare. Aujourd'hui, la mise en réseau des services et des ressources au sein d'un établissement, voire au sein d'un territoire, est de plus en plus fréquente et l'on cherche à adapter beaucoup plus rapidement l'offre de services aux besoins changeants et souvent complexes des citoyens, pour ne nommer que ces deux dimensions qui portent en elles leurs propres exigences en matière d'organisation du travail.

PRINCIPAUX CONSTATS

Dans le domaine des ressources humaines plus que dans tout autre, il est difficile d'établir des constats sur l'état d'avancement de l'orientation et des stratégies qui l'accompagnent. Cela tient au moins à trois raisons.

1. Les ressources humaines, leur encadrement, leur mobilisation, l'utilisation optimale et le développement de leurs compétences, leur implication dans le projet de l'organisation et bien d'autres facettes encore sont des matières relevant d'abord et avant tout de la dynamique qui se vit localement. Celle-ci est fortement teintée par le style et la personnalité des gestionnaires et des autres acteurs en place. Il s'en suit que l'appréciation ne peut être que différente et circonstanciée d'un établissement, d'un département ou d'une direction à un autre. Les généralisations sont difficiles.

2. L'appréciation du développement d'une organisation est un sujet hautement subjectif sur lequel on entend souvent une chose et son contraire, surtout lorsque vient le temps de porter un jugement sur des éléments tels la mobilisation des personnes, l'organisation du travail, le climat de l'organisation, l'approche de gestion. Perceptions, valeurs et idéologies pèsent alors de tout leur poids.

3. C'est un domaine où le recours systématique à des indicateurs de résultats est encore peu répandu et où existent généralement des réserves quant au partage de telles informations avec des acteurs externes aux organisations.

Des projets collectifs d'organisation et une utilisation optimale des compétences difficiles à jauger

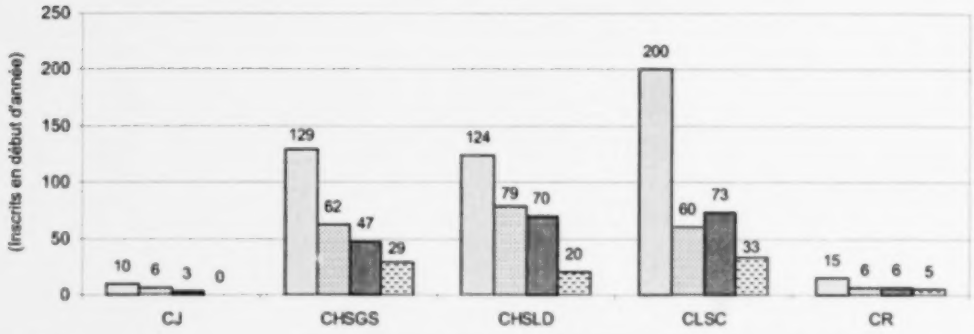
Nous disposons de peu de données au niveau régional pour étayer un jugement sur le degré de réalisation de ces deux premières stratégies au sein des 25 établissements de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Par contre, on constate que :

- Une grande partie du personnel qui était en surplus suite à la transformation de 1995 à 1999 a été replacée au sein du réseau ou l'a quitté. C'est ce que révèle le graphique 14 de la page suivante. Le nombre de salariés en sécurité d'emploi est passé de 478 au 1er avril 1997 à 87 au 1er avril 2000, puis à 33 au 15 novembre 2001. Quant aux cadres en stabilité d'emploi, ils ne sont plus que cinq en recherche d'un replacement, alors que 63 autres sont dans un processus de préretraite ou de replacement par le biais d'un projet temporaire de longue durée.

- Le taux d'absentéisme régional se situe depuis plusieurs années au-dessus de la moyenne nationale comme le confirme le graphique 12 présenté au chapitre 6. En fait, la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a le troisième taux le plus élevé parmi les 18 régions du Québec. Cette situation prévaut avec beaucoup d'intensité dans 10 des 25 établissements.

Graphique 14. Évolution du personnel (syndiqué ou syndicable) en replacement selon l'année
Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Source : SRMO
Groupe ressources réseau
Yves Beaubien

À prime abord, il ne semble pas y avoir de liens directs entre cette situation et les fusions des récentes années puisque certains établissements ayant vécu ces fusions s'en tirent sans difficulté à ce chapitre. Il faut donc chercher à comprendre les causes de ce phénomène dans chaque établissement où il se produit afin de dégager des solutions appropriées, dont une meilleure gestion de la présence au travail.

➢ La région est aux prises avec de très sérieux problèmes de pénurie et de recrutement de main-d'œuvre dans plusieurs professions dont la médecine, les soins infirmiers, la gestion, les techniques d'inhalothérapie et certaines professions telles que l'ergothérapie, la physiothérapie, la pharmacie et le travail social.

Ces problèmes de pénurie et de recrutement se vivent dans un contexte où la concurrence entre les régions est très féroce. Cette concurrence prévaut aussi bien à l'endroit des finissants qui sortent des collèges et des universités qu'à l'endroit des professionnels qui sont déjà à l'emploi d'établissements du réseau. On assiste à une surenchère de moyens hors normes dont les établissements de la région font souvent les frais au profit d'autres régions, particulièrement des régions dites universitaires.

D'autre part, il faut bien admettre que le réseau a de nets progrès à faire pour retenir davantage de finissants des collèges et de l'université de notre propre région.

De nombreuses réalisations régionales

Les dernières années ont vu poindre plusieurs réalisations régionales dans le domaine du développement des compétences. Celles-ci sont le fruit d'une étroite collaboration entre la Régie régionale, les établissements et les organismes communautaires de la région.

➢ La formation en 1999-2000 de 69 % des nouveaux membres des conseils d'administration des établissements et de 65 % des directeurs généraux en poste, sur le rôle et les responsabilités des administrateurs.

➢ La tenue d'une série de programmes de formation en appui à la mise en œuvre des orientations régionales en santé mentale. Ces programmes portaient sur :

- l'intervention en situation de crise, à l'intention de 50 intervenants de CLSC, d'intervenants des centres de prévention du suicide et d'intervenants d'organismes communautaires en hébergement temporaire;
- le suivi intensif en équipe, à l'intention des membres des quatre équipes sous-régionales du Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie (CHCM);
- les troubles envahissants du développement, à l'intention des onze membres de l'équipe régionale d'intervention du Centre de services en déficience intellectuelle (CSDI) et d'une cinquantaine de leurs partenaires.

- La tenue de formations sur la gestion de cas à l'intention de gestionnaires et d'intervenants des onze territoires où s'implantent des services intégrés pour les personnes âgées.
- La tenue de formations sur le cadre de référence en protection de la jeunesse et sur les jeunes contrevenants organisées par les Centres jeunesse à l'intention de leurs partenaires.
- La tenue de formations sur l'intervention psychosociale en mesures d'urgence, à l'intention d'une équipe de 33 professionnels provenant des onze CLSC de la région afin qu'ils soient en mesure d'intervenir lors de sinistres majeurs tels une crise du verglas, un accident majeur de la route causant un très grand nombre de victimes, un acte de terrorisme ou une tornade.
- En appui à l'introduction des nouvelles technologies, la tenue de nombreuses activités de formation à l'intention des utilisateurs d'applications informatiques en établissement.
- En soutien au replacement de la main-d'œuvre, la tenue de programmes de formation en soins infirmiers visant l'actualisation de deux groupes d'infirmières ayant quitté la pratique depuis moins de cinq ans, la tenue d'un programme de formation destiné à deux groupes d'infirmières-auxiliaires désireuses de devenir infirmières licenciées et la tenue d'un programme de recyclage destiné à des techniciens de laboratoire en vue d'un replacement dans d'autres fonctions.

Des liens entre le réseau et les milieux de l'enseignement

Les liens entre le réseau de la santé et des services sociaux et les cégeps de la région sont de plus en plus fréquents. Il en est de même des liens avec le milieu universitaire, notamment l'Université de Montréal, l'Université de Sherbrooke et l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

À titre d'exemple, on recensait en 2000-2001, entre l'UQTR, la Régie régionale et les établissements, les liens formels et informels suivants :

- 30 activités de formation régulière ou sur mesure;
- accueil de 160 stagiaires de l'UQTR dans le réseau régional;
- 27 projets d'intervention, d'évaluation ou de recherche.

Par contre, on constate aussi des phénomènes qui inquiètent et qui mériteraient d'être mieux compris puis corrigés. Ce sont :

- Un décalage entre les besoins des établissements et la formation actuellement dispensée par les milieux d'enseignement, en particulier lorsque celle-ci concerne le recours aux appareils utilisés dans les CLSC et les CH.
- Une désaffection du personnel et parfois des milieux scolaires eux-mêmes par rapport aux milieux traditionnels de pratique tels les soins infirmiers en centre hospitalier.

UNE ORIENTATION À REVOIR, DES STRATÉGIES À RESSERRER, DES DÉFIS À RELEVER

Le Plan de consolidation 1999-2002 innovait en 1999 en introduisant pour la première fois une orientation spécifique aux quelque 14 500 personnes qui œuvrent dans le réseau. Ce geste avait pour but de mettre en évidence l'importance et le soutien que méritent ces personnes qui, au quotidien, animent ce réseau de services. Car c'est par eux qu'il est possible d'en arriver à un réseau tissé serré.

Le bien-fondé de ce geste ne devrait pas être remis en cause lors de la prochaine planification triennale. Cependant, il y a lieu de repenser la teneur et la portée de l'orientation.

Plus encore, les stratégies devront être revues et resserrées afin de relever les défis que le Plan de consolidation 1999-2002 et le présent bilan ont mis en évidence, auxquels s'ajoutent ceux-ci :

- L'optimisation de la contribution des personnes qui œuvrent dans le réseau pour atteindre les résultats recherchés en matière de services à la population. Cela représente le défi de la productivité dans le secteur public.
- La satisfaction des ressources humaines qui repose sur des dimensions tels les conditions d'exercice et de travail, le développement des personnes et le partage des solutions de mobilisation des ressources humaines.
- La formation des membres des conseils d'administration des établissements, dont la composition sera entièrement renouvelée en 2002.

CHAPITRE 9

LA HUITIÈME ORIENTATION : *INFORMER ADÉQUATEMENT LA POPULATION SUR LES SERVICES DISPONIBLES*

Toute comme les deux orientations précédentes, cette huitième et dernière orientation du Plan de consolidation 1999-2002 est une nouveauté par rapport à la planification stratégique précédente, c'est-à-dire par rapport au Plan de transformation du réseau de 1996.

Cette orientation repose sur la prémisse que la population de chaque territoire a droit à une information adéquate sur les services existants de même que sur les façons d'y accéder. C'est dans cet esprit que le Plan de consolidation 1999-2002 avance une stratégie qui se résume à ceci :

Élaborer un plan régional de communication auquel se grefferont des plans de communication territoriaux en donnant la priorité, de 1999 à 2002, aux trois volets suivants :

1. Rendre accessible l'information pertinente sur les services pour en faciliter l'accès.

2. Donner l'heure juste à la population sur l'accessibilité et la qualité des services.

3. Promouvoir la participation de la population et informer les usagers sur leurs droits et obligations.

ÉLÉMENTS ADDITIONNELS DE CONTEXTE

Une orientation... originale

Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé de 2000 insiste sur l'importance de partager les connaissances et d'informer les gens.

Plus spécifiquement, l'OMS préconise la diffusion de l'information visant à exposer les aspects les plus complexes de l'administration générale aux fins d'information et de concertation, notamment pour l'établissement des priorités sanitaires. Cette position n'est pas sans nous faire penser à la démarche de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et aux activités d'information et de consultation qui ont été tenues en région et au Québec.

D'autre part, l'OMS avance que les gens doivent être mieux informés de ce qui est bon ou mauvais pour leur santé, doivent comprendre pourquoi leurs attentes ne peuvent pas toutes être satisfaites et savoir qu'ils ont des droits que tous les prestataires sont tenus de respecter.

De son côté, le rapport *Les solutions émergentes* (2000) de la Commission Clair évoque l'aspect de l'information à la population dans l'une de ses propositions. En vue d'accroître leur imputabilité, il préconise « que les conseils d'administration des établissements adoptent des moyens efficaces et diversifiés de consultation et d'information de la population » *(proposition 59)*.

Pour sa part, le Plan stratégique 2001-2004 du Ministère est silencieux sur le sujet.

Le bref survol de ces trois documents de base nous donne à penser que la région était bien inspirée de mettre l'emphase sur cette dimension. En même temps, on a l'impression il y avait une certaine originalité à le faire de cette façon, c'est-à-dire en élevant l'information à la population au rang d'orientation du Plan de consolidation 1999-2002.

Un contexte qui a fortement influencé son implantation

On comprend facilement que les éléments de contexte décrits au chapitre 1 ont fortement influencé le déploiement de cette orientation et de sa principale stratégie.

En particulier, la situation déficitaire de plusieurs établissements d'importance, les situations de crise découlant de la pénurie d'effectifs médicaux, le flottement créé par les changements de ministres et le débat sur l'avenir et la gouverne du système de santé ont monopolisé les énergies et empêché la création d'un contexte propice à une approche concertée en matière de communication.

PRINCIPAUX CONSTATS

Pour les motifs qui viennent d'être évoqués, le déploiement systématique de la stratégie régionale et territoriale a donc été retardé. En réalité, l'année 2001-2002 sert à la préparation de la mise en œuvre de cette stratégie.

Toutefois, les établissements et organismes de la région ne sont pas restés inactifs. Ils ont réalisé de

nombreuses activités pour faire connaître leurs services et les modalités d'accès à ceux-ci. Ces actions ont pris plusieurs formes, dont :

- la production et la diffusion de dépliants et de vidéos;
- le placement de pages d'information et d'annonces dans les hebdomadaires et Le Nouvelliste;
- la tenue de *Journées portes ouvertes*;
- l'organisation de tournées de consultation sur certains projets particuliers;
- le développement de sites Internet par quelques établissements de la région.

Pour sa part, la Régie régionale a tenu plusieurs dizaines d'activités de communication en Mauricie et au Centre-du-Québec dans l'exercice de ses fonctions habituelles, avec une présence très fréquente de ses porte-parole dans les médias régionaux et territoriaux. Parmi ces activités, deux initiatives méritent d'être soulignées :

1. La création du site Internet de la Régie régionale. À l'instar des autres sites de ce genre, cet outil permet de rejoindre une certaine catégorie de la population et de rendre accessibles communiqués et documents. Le site de la Régie régionale s'avère particulièrement utile pour permettre aux médias de relayer à la population l'information relative à des opérations majeures telles que le plan de contingence des urgences hospitalières pendant la période hivernale ou le suivi de l'opération de vaccination contre la méningite.

2. La tenue des consultations régionales pour le compte de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, à l'automne 2000. Celles-ci innovaient par leur forme et leur contenu, en permettant à la fois d'informer les citoyens et de recueillir leurs points de vue sur l'organisation et le financement du système de santé au Québec.

UNE ORIENTATION SENSÉE QUI MÉRITE DAVANTAGE D'ATTENTION

Indépendamment de ce qui a été fait ou non au cours des dernières années, il est nécessaire de poursuivre les efforts afin d'informer la population de tous les coins de la Mauricie et du Centre-du-Québec sur les services disponibles, sur les façons d'y avoir accès, de même que sur ses droits et obligations. En fait, l'information de la population est un objectif qui ne peut connaître de fin.

Dans cette optique, il y a lieu de vérifier si la stratégie envisagée en avril 1999 est toujours la bonne et de bien convenir du type de collaboration qui devrait se vivre dans ce champ de responsabilités partagées entre les organismes, les établissements et la Régie régionale. Une attention particulière devrait aussi être portée à l'identification des résultats à atteindre, des clientèles prioritaires, des mécanismes de communication permanents pour mieux informer la population et, éventuellement, des façons de répondre à des besoins d'instrumentation communs à tous les territoires de la région.

CONCLUSION

Ce bilan avait deux intentions : celle de permettre une appréciation de l'état d'implantation du *Plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré* et celle de mettre en évidence des enjeux et des défis qu'il importera de considérer dans un futur rapproché, lorsque viendra le temps de préparer une prochaine planification triennale.

Que pouvons-nous en conclure ?

Le Plan de consolidation avait-il de bonnes assises ?

Tout au long du bilan, la question suivante est posée : Les orientations du Plan de consolidation 1999-2002 et les stratégies qui les appuient sont-elles toujours d'actualité ?

La réponse est sans équivoque : c'est *oui*. La région n'a pas erré dans ses choix. Comme on dit couramment, notre région se trouve à *tirer dans le même sens* que l'Organisation mondiale de la santé, que la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux et que le Ministère lui-même.

Cependant, cette convergence ne doit pas nous empêcher de nous interroger sur la formulation de ces orientations et sur le choix des stratégies et mesures afin de toujours les adapter à l'évolution des besoins de la population et à celle des connaissances, des ressources disponibles et des dynamiques nationales, régionales et locales.

Sommes-nous en présence d'un réseau tissé serré ?

Et puis, il y a cette autre question en filigrane de tous les constats et analyses qui émaillent les huit chapitres précédents : « Sommes-nous en présence ou non d'un *réseau tissé serré* ? »

Posée de cette façon, la réponse est elle aussi sans équivoque : c'est *non*. Mais, en réalité, la vraie réponse, c'est *non, mais...* ou, mieux encore, c'est *non, mais ça s'en vient bien*, car la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec est en présence d'un réseau tissé *plus* serré qu'avant, et pour la peine. Il n'y a qu'à lire le présent bilan et à se remémorer ce qu'était le réseau de la santé et des services sociaux en 1995, avant la transformation, pour se rendre compte du chemin parcouru.

En effet, il est possible d'affirmer sans hésiter que des progrès significatifs ont été réalisés par rapport à chacune des huit orientations du Plan, avec des résultats particulièrement intéressants au chapitre de l'accès local au plus grand nombre de services possible, à celui de la coordination et de la personnalisation des services et à celui de l'évaluation, de la reddition de comptes et de l'amélioration continue de la qualité des services.

Si notre région n'y est pas encore rendue, elle est en bonne route vers son but d'un réseau de services qui se concerte et dont les multiples éléments s'unissent pour réussir à offrir des services de qualité, continus et accessibles partout sur le territoire.

Bref, même si les résultats des trois dernières années ne sont pas pleinement satisfaisants, ils méritent quand même d'être soulignés, car ils ont été obtenus dans un contexte qui, nous l'avons vu, n'était guère favorable à un déploiement systématique d'un plan triennal tel le Plan de consolidation 1999-2002.

Des défis à relever, des problèmes à résoudre, des changements à venir

Malgré ce que nous venons de dire, les problèmes à régler tout comme les défis à relever demeurent très nombreux dans notre région. Le bilan en fait d'ailleurs largement état.

Naturellement, ces problèmes et défis devront être abordés au cours des prochains mois et des prochaines années dans un environnement qui bouge sans cesse et qui porte en lui ses propres enjeux non encore résolus ainsi que de nombreuses inconnues. C'est normal qu'il en soit ainsi.

On peut penser à la conjoncture économique, au contrôle des dépenses, à l'implantation de la nouvelle gouverne, au débat sur le financement du système qui va inévitablement resurgir, aux problématiques de répartition des effectifs médicaux et de pénurie de main-d'œuvre, aux impacts du vieillissement de la population, du développement des technologies et des médicaments, bref, à toutes sortes d'enjeux qui ont été soulevés par la Commission Clair et pour lesquels d'autres débats sont à venir.

Or, il nous semble que ces enjeux nationaux, qui sont aussi vécus en région, vont inévitablement

aboutir à des changements d'importance, et ce, à cause de l'ampleur et de la complexité mêmes des problèmes en question. Notre région doit être ouverte à cette éventualité.

Plus près de nous, il faut aussi nous attendre à ce que les réorganisations municipales, une fois stabilisées, viennent questionner l'organisation des services de santé et des services sociaux, particulièrement en Mauricie.

En présence d'un réseau qui influence son environnement

Pourtant, la Régie régionale est d'avis que tous ces facteurs ne doivent pas arrêter le réseau de la Mauricie et du Centre-du-Québec dans sa lancée qui le caractérise et qui, malgré ses limites et ses carences, a porté fruit jusqu'à ce jour au profit de la population.

C'est que les acteurs de la région doivent prendre conscience qu'ils ont eux-mêmes façonné leur propre environnement depuis au moins six ans. En faisant des choix courageux, en faisant preuve d'ouverture, d'innovation, de dynamisme et de rigueur, ils ont franchi ensemble un seuil qui semble maintenant presqu'irréversible, celui de la mise en réseau.

En effet, il est désormais difficile d'imaginer dans notre région un établissement ou un organisme pouvant travailler *en silo*, comme on disait à l'époque. Et cette tendance se vit aussi de plus en plus au niveau des professionnels, dans tous les territoires, pour pratiquement tous les programmes de services. Qui plus est, cette mise en réseau devient progressivement plus fréquente avec les acteurs des autres secteurs d'activité tels ceux de l'éducation, de la sécurité publique, des municipalités ou de la solidarité sociale. Les trois dernières années ont été déterminantes à ce chapitre.

Une dynamique régionale et des dynamiques territoriales à maintenir

Cette prise de conscience est importante et révélatrice. Elle prouve qu'il nous est possible de changer nous-mêmes des choses en région.

Or, devant les défis qui attendent le réseau dans un avenir rapproché, qu'ils soient propres à notre région ou qu'ils émergent de l'environnement extérieur à celle-ci, la Régie régionale estime qu'il est absolument nécessaire de maintenir le même état d'esprit. Il nous faut, comme réseau, continuer à :

- ➢ Agir dans le sens des grandes valeurs portées par la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec, soit :
  - la recherche de la qualité, de la continuité et de l'accessibilité des services pour le meilleur bénéfice de la personne qui s'adresse à nous;
  - la recherche de l'équité dans l'accès aux services pour toute la population;
  - la primauté à l'approche intégrée et à la mise en réseau;
  - la primauté à l'approche territoriale et à la plus grande autosuffisance régionale raisonnablement possible;
  - la recherche de l'efficience et de l'efficacité;
  - la primauté aux résultats;
  - l'optimisation de la contribution des ressources humaines des organisations du réseau, au sein d'environnements de travail satisfaisants.
- ➢ Harmoniser les orientations nationales aux réalités régionales et territoriales.
- ➢ Changer les choses qui sont sous le contrôle du réseau pour que l'offre de services réponde mieux aux besoins des personnes qui s'adressent à lui.
- ➢ Faire preuve d'innovation et de rigueur dans nos approches et dans nos choix.

Le présent conseil d'administration de la Régie régionale croit qu'il est possible de se mobiliser de la sorte. Notre réseau a déjà fait ses preuves. Il peut le faire encore.

Une Régie régionale active et qui entend le demeurer

À ce stade-ci du bilan, il n'est pas déplacé d'affirmer que la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a joué un rôle majeur depuis 1993 dans la mobilisation du réseau.

Ses décisions sont en bonne partie à l'origine des changements survenus. Le leadership dont elle a fait preuve et le soutien qu'elle a offert ont contribué de façon notable aux résultats obtenus.

C'est ainsi, qu'au fil des années, la Régie régionale a particulièrement :

- fait la promotion d'une vision globale et intégrée de la santé et du bien-être de la population;
- établi la contribution attendue des établissements du réseau;
- adapté à notre région les orientations gouvernementales et ministérielles;
- suscité et soutenu la mobilisation des acteurs du réseau, tant au niveau régional que territorial;
- partagé les ressources disponibles en visant l'équité intra-régionale;
- concilié les forces et les intérêts parfois divergeants des parties en présence, posé des gestes et fait des choix visant l'équilibre, la cohésion et la cohérence au sein du réseau;
- veillé au bon fonctionnement du système en recueillant et partageant l'information et les connaissances, en appuyant l'innovation et en soutenant de son mieux les organisations dans les moments difficiles;
- mis l'accent dans ses choix sur l'efficience, l'efficacité, la pertinence et l'interdépendance des actions du réseau;
- soutenu le rapprochement du réseau avec les acteurs d'autres secteurs d'activités qui ont de l'influence sur la santé et le bien-être de la population;
- fait valoir les besoins de la région au niveau national.

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec souhaite que la nouvelle gouverne lui permettra de continuer à exercer ce leadership avec autant de vigueur.

Des conditions de succès à la coordination et à l'action régionale

Dans cette perspective, le conseil d'administration de la Régie régionale invite fortement le Ministère et le gouvernement à vraiment contribuer au succès de la coordination et de l'action régionale en suscitant les conditions de succès suivantes :

➢ Au-delà des plus récentes modifications législatives, faire en sorte que les régions disposent de véritables leviers pour assurer un recrutement, une rétention et une répartition adéquate des effectifs médicaux en fonction des besoins de la population et des services prioritaires devant être dispensés par les établissements du réseau.

➢ Donner des orientations claires sur des objets de nature nationale afin que le système de santé gagne en efficacité et en équité. À titre d'exemple, nous pensons à des sujets telles la composition du panier de services assurés ou les orientations balisant l'accessibilité aux services de maintien à domicile.

➢ Laisser aux régions de réelles marges de manœuvre financières pour adapter et implanter les orientations ministérielles en fonction de la dynamique et des besoins qui prévalent dans les diverses parties du territoire.

Des enjeux additionnels à surveiller

D'autre part, les membres actuels du conseil d'administration de la Régie régionale invitent les prochains membres à être particulièrement sensibles, dans leurs analyses et décisions, aux enjeux suivants qui n'ont pas encore été soulevés :

➢ La pauvreté et ses impacts sur les conditions de vie et de santé des gens qui la vivent, avec les répercussions que cela représente sur le réseau;

➢ Les distances culturelles qui existent généralement entre les intervenants du réseau et certains groupes de personnes provenant de milieux défavorisés et les impacts de ces distances sur l'accès aux services et sur l'efficacité des interventions.

➢ Les contraintes reliées aux insuffisances actuelles du transport collectif dans les milieux ruraux et semi-ruraux de la région, contraintes particulièrement vécues par les personnes économiquement défavorisées lorsque vient le temps d'avoir recours aux services spécialisés qui ne peuvent être déconcentrés.

➢ L'équilibre qu'il faut absolument viser dans les investissements à consentir aux services préventifs par rapport aux services curatifs, aux services de base par rapport aux services spécialisés.

UN MOT D'APPRÉCIATION ET DE RECONNAISSANCE

Au terme de ce bilan, les membres du conseil d'administration, la direction générale, l'équipe des cadres et le personnel de la Régie régionale tiennent à remercier, bien sincèrement, les femmes et les hommes de notre région qui ont permis, par leur effort, leur persévérance et leur compétence, que s'implantent, même de façon imparfaite et incomplète, les orientations et les stratégies du Plan de consolidation 1999-2002. Nous pensons particulièrement :

- Aux membres des conseils d'administration, aux cadres et aux salariés des établissements publics et privés, des organismes communautaires et des entreprises ambulancières;
- Aux personnes qui œuvrent au sein des ressources de type familial et des ressources intermédiaires;
- Aux médecins, qu'ils pratiquent en établissement ou en cabinet privé, de même qu'aux pharmaciens et autres professionnels agissant en pratique privée, dont les efforts sont si importants pour la santé et le bien-être des gens;
- Aux femmes et aux hommes qui soutiennent quotidiennement leur parent, leur enfant ou leur proche aux prises avec un problème social ou de santé important;
- Aux ministres et aux députés de la Mauricie et du Centre-du-Québec qui, depuis des années, épaulent concrètement la Régie régionale et le réseau dans la réalisation de leurs missions;
- Aux personnes qui, bénévolement, offrent appui et réconfort à ceux et celles qui ont recours aux services des établissements et des organismes communautaires;
- Aux personnes qui participent bénévolement aux diverses instances consultatives de la Régie régionale ainsi qu'aux fondations, aux comités d'usagers et aux autres comités des établissements;
- Aux dirigeants et au personnel des divers ministères et organismes gouvernementaux, des municipalités, des commissions scolaires, des collèges, des universités et des conseils régionaux de développement qui collaborent étroitement avec les établissements, organismes et professionnels du réseau, pour le mieux-être de nos concitoyennes et concitoyens;
- Aux personnes des médias écrits et électroniques de la région qui sont en appui à la mission du réseau, aussi bien par leurs questions que par l'information qu'elles acheminent à la population de toutes les parties du territoire;
- À tous les organismes socio-économiques et à toutes les personnes que nous risquons d'oublier en dressant une telle liste et auprès desquels nous nous excusons, qui contribuent de près ou de loin à la santé et au bien-être de leurs concitoyennes et concitoyens et à l'effort en ce sens du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Nous croyons que nous pouvons tous être fiers du chemin parcouru dans notre région sociosanitaire, et ce, malgré les nombreuses difficultés et les carences qui subsistent.

Et, nous avons toutes les raisons de croire qu'il vaut la peine de poursuivre ensemble notre route vers un *réseau tissé serré*!